

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação
Universidade do Porto

**DA EMOÇÃO À (RE)AÇÃO: O PSICODRAMA NO TRATAMENTO DA
OBESIDADE – UM ESTUDO DE FOLLOW-UP**

Maria Cecília Magalhães Longarito

Outubro 2016

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pelo Professora Doutora *Filipa Mucha Vieira* (FPCEUP).

Avisos legais

O conteúdo desta dissertação reflete as perspetivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referencias. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

À minha orientadora Professora Doutora Filipa Mucha Vieira, agradeço todo o apoio, confiança, paciência, ensinamentos, amizade e profissionalismo que marcaram todo o processo de desenvolvimento pessoal, científico e profissional que constituiu a realização deste trabalho. O meu reconhecimento e inimaginável agradecimento.

À minha família e aos meus amigos, que me deram força e resistiram aos meus momentos de ausência física e psíquica.

Ao Bruno, pelo companheirismo, paciência, apoio incondicional e me mostrar todos os dias o que é o amor.

Ao Zé Pedro simplesmente por existir... estarás eternamente no meu coração!

À minha mãe que me transmitiu valores e me ensinou a lutar pelos meus objetivos e ao meu pai que foi para mim um exemplo de vida.

Às participantes deste estudo, agradeço a disponibilidade para partilharem o seu tempo, e as suas histórias comigo, sem as quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

Ao serviço de consultas da FPCEUP e à Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de S. João, por terem sido tão colaborativos no processo de recolha de dados.

Aos meus colegas de trabalho que me fizeram trocas, me apoiaram e deram força e incentivo, principalmente aos que também são meus amigos!

A todas as pessoas que mesmo de forma indireta colaboraram na realização deste trabalho, Dr.^a Mariana Pinto, Prof. Patrício, Prof. Doutora Sandra Torres e todos os outros.

À Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto em geral e em particular às pessoas com quem me cruzei, por todas as boas experiências aqui vividas, pelas amizades, pela colaboração e acima de tudo pela possibilidade de desenvolvimento e crescimento pessoal que me proporcionaram.

Aos amigos que fiz por aqui e que nunca irei esquecer, vocês sabem quem são... espero que a vida não nos leve para muito longe...

Resumo

A prevalência da obesidade a nível mundial continua em crescendo, sendo cada vez mais importante desenvolver ações no sentido do seu tratamento. Vários autores têm sublinhado a necessidade de estudar, desenvolver e implementar formas de tratamento alternativas. O psicodrama foi o modelo psicoterapêutico eleito, tendo sido implementado um programa de psicodrama em 12 sessões semanais, em 2012, sendo este trabalho um estudo de follow-up desse programa.

O objetivo deste trabalho de investigação é perceber a eficácia a longo prazo de um programa de intervenção grupal, seguindo o modelo do psicodrama, com mulheres com obesidade e perturbação alimentar de ingestão compulsiva.

Os dados foram analisados seguindo uma metodologia mista. Foram recolhidos e analisados dados quantitativos relativos ao comportamento alimentar, alexítimia, bem-estar psicológico e IMC. Foi igualmente realizada uma entrevista semiestruturada, cujas respostas foram alvo de análise qualitativa. Uma vez que 11 das participantes foram submetidas a cirurgia bariátrica no período entre o término da intervenção e o primeiro follow-up, os dados do presente estudo foram analisados com base na comparação entre dois grupos: grupo com cirurgia e grupo sem cirurgia.

Verifica-se no presente estudo que nas variáveis quantitativas em análise não há diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes momentos de avaliação nem entre os grupos. Com exceção do IMC que apresenta uma diminuição mais significativa no grupo sujeito a cirurgia e ao nível do funcionamento alexitímico que apresenta diferenças estatisticamente significativas ao longo do tempo independentemente do grupo.

Os dados qualitativos revelam que o grupo que fez cirurgia desenvolveu mais mudanças ao nível das relações interpessoais e atribui 33% das mudanças exclusivamente ao psicodrama. O grupo que não fez cirurgia, refere maior controlo alimentar e capacidade reflexiva e de autoanálise, tendo desenvolvido novas perspetivas sobre os problemas, sendo 57% das mudanças atribuídas exclusivamente ao psicodrama.

Ainda assim, as limitações deste trabalho centram-se no tamanho da amostra e na não existência de um grupo de controlo. Serão necessários mais estudos e pensar no controlo de outras variáveis, para que seja possível eventualmente obterem-se resultados generalizáveis.

Palavras-chave: Obesidade, perturbação de ingestão alimentar compulsiva, emoções, follow-up, psicodrama.

Abstract

The worldwide prevalence of obesity is still growing, being the development of actions towards its treatment increasingly important. Several authors have stressed out the need to study, develop and implement alternative forms of treatment. Psychodrama was the chosen psychotherapeutic model, having been implemented a psychodrama program of 12 weekly sessions in 2012, being this work a follow-up study of that program.

The aim of this research is to understand the long-term effectiveness of a group intervention program, following the psychodrama model, with women suffering from obesity and compulsive food intake disorder.

Data was analyzed following a mixed approach. Quantitative data on feeding behavior, alexithymia, psychological well-being and BMI was collected and analyzed. A semi-structured interview was also carried out and its answers qualitative analysed. Depuis 11 of the participants were submitted to a bariatric surgery in the period between the end of the intervention and the first follow-up, the data of this study was analyzed based on the comparison of two groups: group undergone surgery and a group without surgery.

It appears, though, in the current study that in the quantitative variables under analysis there are no statistically significant differences between the different periods of evaluation or between groups. Except from the BMI, which shows a more significant decrease in the group submitted to surgery and on the level of alexithymic functioning that shows statistically significant differences over time regardless of the group.

The qualitative data reveals that the group that had undergone a surgery developed more changes at the level of interpersonal relationships and it grants 33% of the changes exclusively to psychodrama. The group that did not undergo a surgery defends a higher food control and reflective and self-analysis capacity, having developed new perspectives about the problems, being 57% of the changes granted exclusively to psychodrama.

Yet, the limitations of this work focused on the size of the sample and on the non-existence of a control group. More studies will be needed and think tank on the control of other variables, so that it will eventually be possible to obtain generalisable findings.

Keywords: obesity, compulsive food intake disorder, emotions, follow up, psychodrama.

Résumé

La prédominance de l'obésité dans un niveau mondiale continue en croissance, ainsi qu'il est de plus en plus important le développement d'actions qui objective son traitement. Plusieurs auteurs on souligner les besoins d'étudier, développer et exécuter des manières alternatives de traitement. Le psychodrame a été la méthode psychothérapeutique choisi, il a été implémenté un programme de psychodrame avec douze sessions par semaine, en 2012. Ce travail est un étude *follow-up* de ce programme. L'objectif de ce travail de recherche est réalisé l'efficacité à long terme d'un programme d'intervention en groupe, suivant le modèle du psychodrame, avec des femmes souffrantes d'obésité et la perturbation d'ingestion alimentaire compulsive.

Les données ont été analysé d'après une méthodologie mixte. Ils ont été collectés et analysés des données quantitatifs concernent le comportement alimentaire, l'alexithymie, le bien-être psychologique et l'IMC. Il a également été réalisé une entrevue semi-structurée dont les réponses ont été une cible d'analyse qualitative. Comme les onze participantes ont été soumises à une chirurgie bariatrique entre le période de terminaison de l'intervention et le période *Follow-up*, les données de cette étude ont été analysés basés dans la comparaison entre deux groupes: le groupe avec la chirurgie et groupe sans la chirurgie. Il semble dans cette étude que dans les variables quantitatives analysées n'ont pas de différences statistiquement significatives entre les différents moments d'évaluation ni entre les groupes. À l'exception de l'IMC qui montre une diminution plus importante dans le groupe soumis à une chirurgie et au niveau du fonctionnement alexithymique qui montre des différences statistiquement significatives dans le temps, quel que soit le groupe.

Les données qualitatives révèlent que, le groupe qui a fait une chirurgie a développé plus de changements au niveau des relations interpersonnels et attribue 33% des changements, seulement au psychodrame. Le groupe qui n'a pas fait de chirurgie, réfère un plus grand contrôle alimentaire et capacité réflexive et d'auto-analyse, avec des nouvelles perspectives à propos des problèmes, 57% des changements sont attribué seulement au psychodrame. Cependant, les limitations de ce travail ce centrent sur la taille de l'échantillon et dans l'inexistence d'un groupe de contrôle. Ils seront nécessaires plus d'études et penser à propos du contrôle d'autres variables, pour que ce soit possible peut être l'obtention de résultats généralisables.

Mots-Clés : L'Obésité ; Perturbation d'ingestion alimentaire compulsive ; Emotions ; follow-up ; psychodrame.

Índice

Introdução	1
1. Método	9
1.1 Participantes.....	9
1.2 Materiais	11
1.2.1.Instrumentos de medida qualitativos.....	11
1.2.2.Instrumentos de medida quantitativos.....	11
1.3 Procedimento	12
2. Resultados	15
2.1 Resultados quantitativos	15
2.2 Resultados qualitativos	24
3. Discussão	28
4. Conclusão	35
5. Referencias Bibliográficas	36

Índice de figuras

Figura 1. Evolução do IMC entre os vários momentos de avaliação para o grupo com e sem cirurgia bariátrica.....	17
Figura 2. Evolução dos resultados na escala DIS entre os vários momentos de avaliação para o grupo com e sem cirurgia bariátrica.	18
Figura 3. Evolução dos resultados na escala DDS entre os vários momentos de avaliação para o grupo com e sem cirurgia bariátrica.	18
Figura 4. Evolução dos resultados na escala POE entre os vários momentos de avaliação para o grupo com e sem cirurgia.	19
Figura 5. Evolução dos resultados na escala I. EMOC entre os vários momentos de avaliação para o grupo com e sem cirurgia bariátrica.	20
Figura 6. Evolução dos resultados na escala R.ALIM entre os vários momentos de avaliação para o grupo com e sem cirurgia bariátrica.....	20
Figura 7. Evolução dos resultados na escala I.EXT entre os vários momentos de avaliação para o grupo com e sem cirurgia bariátrica.	21
Figura 8. Evolução gráfica dos resultados da escala BES entre os vários momentos de avaliação para o grupo com e sem cirurgia bariátrica.	22
Figura 9. Evolução dos resultados na escala QS entre os vários momentos de avaliação para o grupo com e sem cirurgia bariátrica.	22
Figura 10. Evolução dos resultados na escala FSP entre os vários momentos de avaliação para o grupo com e sem cirurgia bariátrica.	23
Figura 11. Evolução dos resultados na escala CR entre os vários momentos de avaliação para o grupo com e sem cirurgia bariátrica.	23

Figura 12. Avaliação das mudanças identificadas na CCI face às expectativas no grupo com cirurgia e sem cirurgia bariátrica.....	25
Figura 13. Avaliação das mudanças identificadas na CCI, face à atribuição ao psicodrama nos grupos com e sem cirurgia bariátrica.....	26
Figura 14. Avaliação das mudanças identificadas na CCI face à importância atribuída nos grupos com e sem cirurgia bariátrica	26

Índice de Tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra.	10
Tabela 2. Estatística descritiva e análise de variância de medições repetidas mista para as variáveis de resultado nos quatro momentos de avaliação.....	16
Tabela 3. Lista das principais mudanças identificadas na CCI e respectivas frequências para o grupo com e sem cirurgia bariátrica.....	24
Tabela 4. Lista de questões colocadas durante a entrevista e respectivas frequências no grupo com e sem cirurgia bariátrica.....	27

Índice de abreviaturas

APA	American Psychological Association
ANOVA	Analysis of Variance
BES	Subescala de Bem-Estar Subjetivo
BMI	Body Mass Index
CCI	Client Change Interview
CDC	Centers of Disease Control and prevention
CORE-OM	Clinical Outcome in Routine Evaluation – Outcome Measures
CR	Subescala de Comportamentos de Risco
DDS	Subescala de Dificuldade em Descrever os Sentimentos
DEBQ	Dutch Eating Behaviour Questionnaire
DIS	Subescala de Dificuldade em Identificar Sentimentos
DSM-V	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
FPCEUP	Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto
FSP	Subescala de Funcionamento Social e Pessoal
I.EMOC.	Subescala de Ingestão EMOCional
I.EXT	Subescala de Ingestão EXTerna
IMC	Índice de Massa Corporal
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCA	Perturbações do Comportamento Alimentar
PI	Psicoterapia Interpessoal
PIAC	Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva
POE	Subescala de Pensamento Orientado para o Exterior

QS	Subescala de Queixas e Sintomas
R.ALIM	Restrição ALIMentar
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TAS-20	Toronto Alexithymia Scale – 20 Item
TCC	Terapia Cognitivo - Comportamental
TCD	Terapia Comportamental Dialética
TF	Terapia Familiar
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
WHO	World Health Organization

Introdução

A obesidade e o excesso de peso têm-se revelado uma das maiores preocupações da atualidade e um grave problema de saúde do século XXI (Santos et al., 2010; WHO, 2015). Tem-se assistido a um aumento da sua prevalência, duplicando o número de casos entre 1980 e 2014 em todo o mundo. Em 2014, 13% da população mundial adulta era obesa, dos quais 38% homens e 40% mulheres (WHO, 2015).

A obesidade é definida como uma doença na qual há excesso de gordura corporal acumulada de tal forma que pode prejudicar a saúde (WHO, 2015), sendo uma condição crônica prejudicial pelo elevado risco de comorbilidade médicas, consequências sociais e emocionais negativas (Paul et al., 2015; Lin et al., 2013) e psicopatológicas (Aigner, Treasure, Kaye & Kasper, 2011). O índice de massa corporal (IMC: $\text{peso}/\text{altura}^2$) é usado como ferramenta para triar situações de obesidade e de excesso de peso, sendo que um $\text{IMC} \geq 30$ é considerado obesidade, não obstante salvaguardando que o IMC não mede a gordura corporal diretamente (WHO, 2015; NICE, 2015; CDC, 2016), ainda que seja uma forma simples, reconhecida pela organização mundial de saúde (OMS), de avaliação do risco de obesidade. Indivíduos com formas de obesidade mais severas têm também maior risco de comorbilidades psiquiátricas (Jones-Corneille et al., 2012), mantendo-se esta evidência para obesos que procuram cirurgia bariátrica, nomeadamente depressão, perturbações de ansiedade e mesmo perturbações do comportamento alimentar (de Zwaan et al., 2011). Sendo consensual que a obesidade consiste num desequilíbrio entre o ganho e o gasto energético (Vieira, 2013), esta é uma doença multifatorial e complexa, havendo para além dos fatores de ordem ambiental e social (Levitsky, 2005), o sistema hemostático e o sistema de recompensa cerebral, que também desempenha um papel importante na ingestão alimentar (Kenny, 2011). A alimentação é legitimamente uma fonte de nutrientes promotores da saúde e bem estar, mas o seu papel vai além da visão tecnicista e nutricional, pois a alimentação abarca também uma grande função simbólica e cultural (Alvarenga, Antonaccio, Timerman & Figueiredo, 2016). Neste sentido, a disponibilidade de alimentos de elevado índice calórico e o seu consumo em excessivas quantidades, são consideráveis causas de obesidade (Durso, Latner, & Hayashi, 2012). Além dos défices nutricionais, que são um dos principais fatores promotores de obesidade, salientam-se fatores genéticos e a diminuição da atividade física (Mensink et al., 2013).

Há várias abordagens explicativas do comportamento alimentar, que tentam explicar os motivos para o aumento da ingestão, incluindo os processos biológicos (Dallman, 2010; Ogden, 2011). Schachter (1968), conceptualizava o estudo da obesidade na dicotomia internalidade /externalidade, salientando a sensibilidade dos indivíduos com obesidade aos estímulos externos face aos internos. De acordo com esta perspetiva, os indivíduos com obesidade são mais propensos a uma ingestão emocional, uma vez que não interpretam nem sentem corretamente a sensação interna de fome, quando comparados aos sujeitos com um peso normal (Viana & Sinde, 2003). A referida ingestão emocional, consiste na sustentação do ato de comer em oscilações emocionais como forma do indivíduo estabilizar o seu humor recorrendo aos alimentos (Macht & Simons, 2011), sendo esta a forma de resposta essencialmente para um leque de emoções negativas, tais como ansiedade, raiva, tristeza (Macht & Simons, 2011; Corbalán-Tutau, 2012). Os processos emocionais, mais concretamente as emoções negativas, têm um papel terminante no aumento da ingestão alimentar (Macht & Simons, 2011), sendo que as emoções também parecem influenciar o processo de seleção alimentar, influenciando desse modo os padrões alimentares (Corbalán-Tutau, 2012), pois levam os indivíduos a ingerir mais alimentos palatáveis independentemente das necessidades enérgicas (Kenny, 2011; Eggecioglu et al., 2011). Kenny (2011) acrescenta que o consumo excessivo deste tipo de alimentos pode desencadear respostas neuroadaptativas ao nível dos circuitos de recompensa, sendo este processo semelhante ao que acontece nas drogas de abuso. Nesta medida, os alimentos que escolhemos não servem apenas para satisfazer a necessidade fisiológica básica de nos alimentarmos, mas são também uma forma de comunicação com o mundo, da nossa identidade, das nossas necessidades internas e experiências de vida, enraizado no seu significado social e cultural (Vieira, 2014). É importante que se tenha sempre presente que esta complexidade do comportamento alimentar humano é influenciada e condicionada por fatores de ordem genética, fisiológica, psicológica e ambientais (Ribeiro & Santos, 2013). Pela combinação destes fatores, podem surgir as perturbações do comportamento alimentar, sendo uma delas a perturbação de ingestão alimentar compulsiva (PIAC).

A PIAC, de acordo com o manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-V) (APA, 2014), é caracterizada por episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva (num período limitado de tempo < 2h), que envolvam o consumo de quantidades de alimentos consideravelmente superiores aquela que a maioria das pessoas conseguiria consumir no mesmo período de tempo e sob circunstâncias similares, havendo sensação de perda do controlo sobre o comportamento, acompanhados de mal estar

psicológico (e.g., vergonha, culpa) e a ausência de comportamentos compensatórios (e.g., jejum, purgativos, exercício excessivo) com vista à perda de peso (Berkman et al., 2015), acontecendo estes episódios pelo menos uma vez por semana durante três meses.

É conhecida uma associação entre PIAC e obesidade, sendo a PIAC comum entre a população com obesidade, nomeadamente os que participam em programas de controlo de peso (Spitzer et al., 1993; Berkman et al., 2015). Embora a obesidade não seja um critério de PIAC, verifica-se um aumento da prevalência desta problemática com o aumento do grau de obesidade (Telch, Agras, & Rossiter, 1988; Dingemans & van Furth, 2012). Os indivíduos com PIAC consomem mais calorias, têm mais défices funcionais, menor qualidade de vida, mais mal-estar subjetivo, maior comorbilidade psiquiátrica e são maioritariamente mulheres (DSM-V) (APA, 2014). Apesar da psicopatologia associada à PIAC não parecer estar relacionada com o IMC, verifica-se que os indivíduos não obesos com PIAC tendem a aumentar de peso com o decorrer do tempo (Dingemans & van Furth, 2012).

Dados de investigação recentes mostram que os indivíduos com perturbações do comportamento alimentar (PCA) beneficiam de intervenções que sustentem uma clarificação das emoções. Storch e colaboradores (2011) num estudo com o objetivo de promover estratégias de regulação emocional em 19 participantes com PCA, verificaram que além da melhoria geral, houve melhorias específicas no que respeita à capacidade das participantes identificarem emoções. Zijlstra et al.(2012), num estudo cujo objetivo foi comparar o processamento de emoções e a regulação emocional entre 102 mulheres candidatas a cirurgia bariátrica e 102 mulheres da população geral, concluíram que no grupo experimental se verificou maior dificuldade em identificar sentimentos e em regular as emoções, estando estas dificuldades na origem da ingestão emocional e iniciando ou perpetuando a obesidade.

Frijda (1986 citado por Whelton , 2004), refere que as emoções são constituídas por todas as mudanças fisiológicas que fundamentam as tendências de ação. As emoções são fenómenos multifacetados que envolvem sistemas de ação fisiológicos, comportamentais e cognitivos no sentido de permitir ao organismo a homeostase (Damásio & Carvalho, 2013). Cada vez mais, se tem salientado o estudo das emoções de forma transversal a todas as modalidades psicoterapêuticas, havendo evidências de que a mudança terapêutica acontece com base em emoções específicas ativadas durante as sessões psicoterapêuticas, assim como na exploração cognitiva quer da importância quer do significado dessas mesmas emoções (Whelton, 2004).

Assim sendo, para que haja um funcionamento psicológico funcional e adaptado é imprescindível que esteja desenvolvida a capacidade de regular a experiência emocional. Este é um processo complexo que envolve a diferenciação das emoções, aceitação, reflexão e avaliação da forma como são experimentadas pelo sujeito e expressas (Gross, 2008). Neste sentido, várias têm sido as abordagens psicoterapêuticas no âmbito da obesidade e da PIAC.

Revisões sistemáticas publicadas na última década, salientam a importância da intervenção psicoterapêutica, não descartando o uso de outras abordagens em paralelo (e.g. uso de psicofármacos, aconselhamento nutricional e tratamento de complicações médicas (Aigner et al., 2011; Hay & claudino, 2012; Wilson & Zandberg, 2012). Hay e Claudino (2012), numa revisão crítica da literatura, salientam que a eficácia do tratamento da PIAC com fármacos é principalmente fraca a moderada, além de que as taxas de abandono são mais elevadas do que para as psicoterapias.

A terapia familiar (TF) e a terapia cognitivo-comportamental (TCC), são as abordagens psicoterapêuticas mais tradicionais na abordagem das PCA (Hay & Claudino, 2012; Hofmann et al., 2012). Pesquisas recentes suportam além da eficácia da TCC, a eficácia da psicoterapia interpessoal (PI), nomeadamente para os indivíduos que apresentam maior grau de obesidade e psicopatologia associada (Iacovino, Gredysa, Altman & Wilfley (2012).

Relativamente à TCC, Isabelle e colaboradores (2011), num trabalho de follow-up com 42 pacientes obesos com PIAC, verificaram que a 6 meses, um programa de TCC via internet, comparado com um grupo de controlo, revelou-se bem aceite pelos participantes e demonstrou resultados promissores ao nível da redução dos episódios de compulsão alimentar, melhorias ao nível da qualidade de vida e da depressão, tendo estas melhorias sido mantidas após os 6 meses para todos os pacientes. Munsch, Meyer e Biedert (2012), desenvolveram um estudo randomizado com uma amostra de 80 indivíduos obesos com PIAC, tendo os participantes sido avaliados aos 4 e 12 meses e posteriormente passado 6 anos. Neste trabalho, a TCC foi considerada mais eficaz a longo prazo que a terapia comportamental (TC), embora tenham verificado piores resultados entre o tratamento ativo (4 meses de TCC ou TC, seguido de 12 meses de reforço do acompanhamento) e o follow-up (baseado nos relatos dos participantes) mas ainda assim com um resultado final a superar as avaliações pré-tratamento, apesar de todas as limitações do estudo.

Num outro estudo que teve como objetivo monitorizar a eficácia da terapia comportamental dialética (TCD) com 60 participantes, verificou-se, no final do tratamento,

uma redução significativa dos episódios de compulsão alimentar e uma forte tendência para a abstinência desses episódios. Aos 6 meses de follow-up, os participantes do grupo experimental relataram melhor qualidade de vida e redução das complicações psicopatológicas, tendo-se mantido as taxas de abstinência dos episódios de compulsão alimentar, verificando-se assim a eficácia da TCD para a PIAC (Masson, von Ranson, Wallace & Safer (2013).

Para testar a eficácia da TCC e da PI, foi desenvolvido um estudo de follow-up de 4 anos com 90 pessoas em regime de ambulatório, tendo os participantes evidenciado uma recuperação substancial a longo prazo, com melhoria do estado psicopatológico. O IMC permaneceu estável. Enquanto que o grupo da PI, reduziu os episódios de ingestão compulsiva durante o período de acompanhamento, o grupo da TCC relatou um agravamento dos sintomas no mesmo período, no entanto os tratamentos não diferiram em qualquer outro momento. No final do estudo, todos os participantes mostraram recuperação substancial a longo prazo, melhoria clínica significativa, incluindo do seu estado psicopatológico, documentando assim a eficácia de ambas as abordagens para o tratamento da PIAC (Hilbert, Bishop, Stein, et al., 2012).

Existem estudos da década passada, que usam o Mindfulness como abordagem terapêutica e demonstram a sua eficácia para um aumento da autoconsciência, da autoaceitação, para a redução dos episódios de compulsão alimentar, diminuição da ansiedade e melhoria ao nível da regulação emocional (Baer, Fischer & Huss, 2005; Smith, Shelley, Leahigh, & Vanleit, 2006). Em 2012, uma publicação cujo objetivo foi estudar a eficácia de um programa de terapia combinada TCC e Mindfulness, num follow-up a 3 meses com 28 participantes com compulsão alimentar, foram encontradas reduções significativas no que respeita aos episódios de compulsão alimentar, à externalização, à ingestão emocional e à insatisfação com a imagem corporal. Neste estudo, as participantes salientaram o mindfulness como a parte mais útil do programa, tendo menor taxa de abandono e realçando o facto de terem mais facilmente tomado consciência para a necessidade de tratamento, melhorando a regulação emocional, levando a um maior controlo e poder de decisão sobre os comportamentos especialmente os comportamentos alimentares (Woolhouse, Knowles & Crafti, 2012). Kristeller, Wolever e Sheets (2014), num estudo randomizado exploraram a eficácia do mindfulness numa intervenção de 12 semanas em comparação com uma intervenção psicoeducativa/cognitivo comportamental, com indivíduos com critérios de excesso de peso e/ou de obesidade, tendo concluído que quer durante a intervenção, quer passados 4 meses se verificou uma diminuição dos

episódios de compulsão alimentar, promoveram a internalização de mudança e conseguiram melhorar a regulação emocional.

Mantendo o foco da intervenção na área emocional, o psicodrama surge como outra abordagem terapêutica possível, por se tratar de um modelo que privilegia a componente experiencial das emoções (Vieira, 2014). O modelo psicodramático, procura explorar os estados emocionais dos indivíduos, centrando-se numa base humanista/experiencial, ressignificando a realidade, favorecendo o insight e permitindo ao cliente desenvolver novas perspectivas (Corey, 2012).

O psicodrama tem origem no teatro, num teatro da espontaneidade, na medida em que os atores não tinham papéis estipulados, tinham apenas linhas gerais de ação, nas quais se baseavam para o improviso. A transformação do teatro espontâneo, no teatro terapêutico adveio da asserção de que o desempenho de papéis poderia ser promotor de mudanças comportamentais, fora do espaço cénico (Leal, 2005). Moreno, o pai do psicodrama, definiu-o como uma ciência que procura a “verdade”, usando métodos dramáticos e trabalhando as relações interpessoais e mundos privados (Moreno, in Fox, 1987, pag 13). Pode dizer-se que o psicodrama é uma abordagem que se situa no interface entre a arte e a ciência, mantendo os benefícios de ambas (Ramalho, 2010), promovendo o uso de metáforas, de representações simbólicas da reexperimentação de situações vividas no aqui e agora, imaginadas ou antecipadas como problemáticas (Blatner, 2007).

Para Moreno, o grupo é o locus terapêutico privilegiado (Guerra, Lima & Torres, 2014). O psicodrama na maior parte dos casos é desenvolvido em grupo, permitindo ao cliente interagir com os restantes elementos, ainda que se trate de uma terapia individual (Pio-Abreu, 2006). Enquanto modelo terapêutico valoriza o aqui e agora, num contexto de diferenciação das outras terapia pelos dois elementos que o dominam, a ação e o espaço, permitindo que o passado e o futuro se encontrem para formar experiencias altamente significativas e as relações interpessoais. Enquanto terapia centra-se nos processos psicológicos saudáveis do individuo e dos grupos, salientando o poder experiencial do comportamento. Enquanto método de intervenção centra-se na representação e concretização (Kipper, 1998). Esta terapia não deve ser vista de forma redutora, e apenas centrada na remoção de sintomas, mas também como um método para promover o desenvolvimento pessoal, para libertar o potencial humano criativo, sendo um bom auxilio para problemas de adaptação e de imaturidade associados a um crescimento inibido, promovendo o desenvolvimento psicossocial, globalmente as atitudes positivas na vida e por sua vez relações mais gratificantes com os outros (Kellermann, 1992). a rata 2011)

concluiu que a utilização do psicodrama em grupos tem efeitos positivos para a aquisição de competências de resolução de problemas. Menichetti, Giusti, Fossati, & Vegni (2015) num estudo com doentes do foro oncológico, salientam resultados positivos do psicodrama, na medida em que houve melhoria nas relações interpessoais, uma maior consciencialização e conhecimento dos sentimentos, permitiu aos participantes o desenvolvimento da capacidade de dar e receber ajuda e melhorou a forma como lidavam com o processo de luto.

Toda a dinâmica, em paralelo com o uso de técnicas específicas (e.g., a inversão de papéis, o solilóquio, o espelho, o duplo, a estátua), são com certeza promotoras da resolução de tendências egocêntricas do ego e da forte ajuda na resolução de conflitos interpessoais. A aprendizagem interpessoal é um fator terapêutico de extrema importância quando se fala de psicoterapia de grupo (Yalom & Leszcz, 2005). A troca de papéis dá a possibilidade ao protagonista de se colocar na posição do outro, base da empatia, sendo por isso levado a assumir uma nova visão da situação representada (Yaniv, 2011). Assumir o papel do outro é um processo fulcral para os processos de internalização, nomeadamente na imitação, espelhamento, modelação e assimilação (Kellermann, 1992). Uma noção de si mais precisa através do feedback dos membros do grupo pode facilitar uma aprendizagem interpessoal e ter efeitos positivos ao nível da autoestima (Gallagher et al., 2014; Guerra, Lima & Torres, 2014).

Karabilgin, Keçgin, Çoşuner e Gökengin (2012) concluíram que os participantes no final do programa de psicodrama no âmbito do VIH, evidenciavam melhorias significativas no insight, na consciencialização e nas relações interpessoais. Estas melhorias ao nível da qualidade de vida dos participantes sugerem o impacto positivo do psicodrama.

Estando a obesidade tão intrinsecamente relacionada com fatores de ordem emocional, e estes fatores emocionais tão entranhados na capacidade de controlo alimentar, ou na sua falta, isto pode ser o motivo pelo qual se verificam grandes insucessos em muitas abordagens terapêuticas, sobretudo a médio e a longo prazo (Vieira, 2014). Existe, por isso, um grande interesse em se perceber de que modo uma intervenção focada nas emoções, como o psicodrama, tem influencia na recuperação desta doença a curto, médio e longo prazo. O trabalho que serve de base a este estudo de follow-up vem direccionar o psicodrama para a obesidade, tendo-se apresentado como um estudo pioneiro. Ao comparar o grupo experimental com o grupo de controlo, relativamente à eficácia do psicodrama no tratamento da obesidade, foram encontradas diferenças estatisticamente

significativas. Verificou-se um efeito positivo da intervenção ao nível da ingestão emocional, ingestão externa, IMC, bem-estar subjetivo, queixas e sintomas. Concretamente ao nível das dificuldades de regulação emocional, verificou uma melhoria de 23% no grupo experimental e 81% das participantes apresentou remissão parcial dos critérios de diagnóstico de PIAC (Vieira, 2014). No entanto não são conhecidos estudos de follow-up na área deste trabalho de investigação, pelo que este estudo de torna absolutamente pertinente e pioneiro. O presente trabalho de investigação tem como objetivo estudar em que medida a intervenção implementada, contribuiu para alterações no comportamento alimentar, IMC e emoções, na população estudada, a longo prazo, para mulheres obesas com PIAC. Globalmente, refletindo sobre a eficácia do programa.

1. Método

Este trabalho de investigação surge na sequência de um projeto de investigação mais amplo, do qual já resultou entre outros, uma tese de Doutoramento (Vieira, 2014). No estudo que se encontra na base deste trabalho, participaram 54 mulheres com obesidade e com diagnóstico de PIAC, distribuídas pelo grupo experimental (n=26), sujeito ao programa de intervenção de 12 sessões semanais, e pelo grupo de controlo (n=28), alvo do tratamento considerado habitual (acompanhamento médico e nutricional). Os principais objetivos do estudo base foram desenvolver, implementar e avaliar a eficácia do psicodrama ao nível da alexítimia, a ingestão emocional, ingestão compulsiva e IMC, assim como estudar o processo terapêutico identificando os fatores facilitadores e/ou impeditivos do processo de mudança (Vieira, 2014). Isto, acarretou algumas particularidades em termos metodológicos para este estudo, nomeadamente no que respeita à seleção da amostra e dos instrumentos usados para avaliar as participantes. Assim sendo, optou-se por usar instrumentos usados no estudo base, garantindo assim uma maior precisão na avaliação da amostra.

No contexto da investigação científica em psicoterapia, os investigadores têm recorrido principalmente a abordagens quantitativas, apesar das abordagens qualitativas terem vindo a ganhar uma relevância crescente nas últimas décadas (Gelo & Manzo, 2015). Recentemente tem havido uma viragem para os métodos mistos, na medida em que se percebeu que a implementação baseada em evidências de tratamentos, intervenções e programas são de uma complexidade tal que uma única abordagem metodológica é frequentemente inadequada (Palinkas et al., 2015). Este tipo de investigação permite obter-se uma visão mais abrangente e uma compreensão mais profunda do fenómeno em estudo (Johnson, Onwuegbuzie & Turner, 2007). Neste trabalho de investigação, optou-se por manter o uso de um método misto, como tinha já sido a metodologia do estudo base.

1.1 Participantes

A amostra deste estudo foi composta por 21 mulheres. Estas foram as participantes com quem se conseguiu estabelecer contacto e aceitaram participar voluntariamente de um

universo de 26 mulheres que constituíam o grupo experimental do estudo base deste trabalho.

O processo de amostragem foi intencional, sendo uma amostra não-probabilística. As características sociodemográficas da amostra, com as distribuições e frequências, encontram-se descritas na tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra.

variáveis sociodemográficas	<i>M(DP)/n(%)</i>
Idade	45(8,01)
Peso	77,87(13,21)
IMC	29,82(6,33)
Estado Civil	1,81(0,87)
Casado/União de facto	11(20,4)
Solteiro	8(14,8)
Divorciado/separado	2(3,7)
Escolaridade	5,43(1,40)
Ensino básico	1(1,9)
5º/6º ano	1(1,9)
Até 9º ano	2(3,7)
Até 12º ano	6(11,1)
Ensino superior	7(13)
Pós-graduação	3(5,6)
Mestrado	1(1,9)

Além dos dados sociodemográficos descritos, sabe-se também no que respeita à atividade física, 19% das participantes têm uma vida sedentária, 28,6% fazem atividade física não regular e 52,4% fazem atividade física regular. Apenas 3% das participantes negam antecedentes familiares de obesidade, mas 85,7%, refere ter na família ascendentes ou colaterais obesos.

No que diz respeito aos antecedentes psiquiátricos, 42,9% das participantes negam e 57,1% referem antecedentes, salientando-se as depressões. Quanto ao uso de psicofármacos, 38,1% não usa e 61,9% usa, destacando-se o uso de antidepressivos e benzodiazepinas.

1.2 Materiais

Neste estudo foram usados instrumentos de avaliação qualitativos (entrevistas) e quantitativos (questionários).

1.2.1. Instrumentos de medida qualitativos

Entrevista de dados clínicos e sociodemográficos – é uma entrevista semiestruturada que teve como objetivo recolher informações clínicas e sociodemográficas relativas às participantes, tendo em vista a sua influencia no processo terapêutico e não no diagnostico de PIAC como no estudo base. Compreende dados como a idade, estado civil, escolaridade, profissão, dados sobre a história de obesidade (peso atual, peso mais elevado e mais baixo e nos casos em que houve cirurgia bariátrica, o peso antes da cirurgia), IMC, fatores precipitantes do aumento do peso, antecedentes familiares, problemas médicos associados, antecedentes psiquiátricos, psicofármacos usados, tentativas anteriores de perda de peso e atividade física.

Entrevista de mudança do cliente – (*Client Change Interview*; Elliot, Slatick & Urman, 2001). A CCI encontra-se a ser adaptada para Português por Sales e colaboradores (2007), assumindo a designação de Entrevista de Mudança do Cliente. É uma entrevista semiestruturada, com uma duração média de 60 min e que pode ser realizada numa fase intermédia, final da terapia ou em follow-up. O guião de orientação da entrevista é flexível como forma de possibilitar uma construção do percurso terapêutico, tornando possível uma reflexão do cliente sobre as mudanças sentidas, o que acredita ter contribuído para essas mudanças e quais os aspetos essenciais e desnecessários da terapia. O cliente deverá construir uma lista de mudanças que classificará numa escala de likert de 5 pontos a três questões (A mudança foi esperada ou surpresa?; Esta mudança poderia ter acontecido sem terapia? ; Esta mudança foi importante em que medida?)

1.2.2. Instrumentos de medida quantitativos

Questionário Holandês do Comportamento Alimentar, do original Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ; Van Strien, Frijters, Bergers & Defares, 1986). Este instrumento foi adaptado para a população portuguesa por Viana e Sinde (2003), revelando uma boa fiabilidade. É um instrumento de autorrelato e contempla a avaliação do comportamento alimentar tendo por base três fatores: Ingestão emocional (perda de

controlo sobre a ingestão alimentar devido a factores de ordem emocional), restrição alimentar (através do uso de dietas, controlar o apetite e a ingestão) e Ingestão externa (perda de controlo sobre a ingestão alimentar devido a fatores externos). Este instrumento terá uma importância fulcral para o estudo, na medida em que se foca nos aspetos do comportamento alimentar fazendo a ponte para a sua relação com fatores de ordem emocional

Clinical Outcome in routine evaluation – outcome measures (CORE-OM; Evans et al., 2000) é um instrumento de autorrelato que procura medir o bem-estar psicológico. Pode ser aplicado enquanto instrumento de avaliação pré-terapia ou como medida de mudança psicológica durante a intervenção ou no seu final e não como uma ferramenta de diagnóstico. A adaptação para a população portuguesa revela que a tradução é fiável, com elevada consistência interna, validade externa (Sales, Moleiro, Evans & Alves, 2012). É composto por 34 itens, que podem ser agrupados em várias dimensões sendo: 4 itens – bem-estar subjetivo; 12 itens – queixas e sintomas; 12 itens – funcionamento social e pessoal e 6 itens – comportamentos de risco. Os diferentes itens foram formulados com diferentes níveis de intensidade, incluindo experiências de elevado sofrimento psicológico e situações relativamente comuns na população geral (Sales et al., 2012).

Toronto Alexithymia Scale (TAS-20; Bagby, Parker & Taylor, 1994; versão portuguesa de Prazeres, Parker, & Taylor, 2000) é um questionário de autorrelato com 20 itens, desenvolvido com o objetivo de avaliar as principais áreas da construção da alexítimia: dificuldade em identificar e diferenciar sentimentos, dificuldade em descrever sentimentos dos outros e estilo de pensamento orientado para o exterior (Bagby, Parker & Taylor, 1994). No estudo de adaptação para a população portuguesa, observa-se uma excelente precisão teste-reteste e uma consistência interna aceitável (Prazeres, Parker, & Taylor, 2000), revelando-se um dos principais instrumentos utilizados no estudo da alexítimia (Vieira, 2014). Na interpretação dos resultados, recomenda-se um ponto de corte de 61 para estabelecer casos alexítimicos (Taylor, Bagby & Parker, 1997).

1.3 Procedimento

O presente estudo de investigação encontrava-se aprovado pelas comissões de ética para a saúde das instituições envolvidas.

Tendo em conta que este é um estudo de follow-up, o mesmo não foi divulgado publicamente e as participantes foram contactadas via telefone num primeiro momento pela orientadora deste trabalho e posteriormente pela investigadora responsável para agendar os momentos de recolha de dados. A sua participação foi voluntária, sem lhes ter sido oferecido qualquer incentivo, nem usufruírem de benefício terapêutico. A recolha de dados decorreu no período de janeiro a agosto de 2016, e foram colhidos dados na FPCEUP e na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de S. João.

As participantes foram informadas dos objetivos da investigação, foi garantida a confidencialidade dos dados e obteve-se o consentimento informado. Numa primeira fase responderam aos instrumentos acima mencionados e a recolha de dados terminou com a entrevista semiestruturada CCI, como forma de complementar informações e recolher eventuais informações não relatadas. As participantes foram todas pesadas na mesma balança, embora avaliadas em diferentes alturas do dia, já que o agendamento se efetuou de acordo com as suas disponibilidades.

No que respeita à análise quantitativa, esta foi feita utilizando o programa IBM SPSS Statistics®, para mac versão 24. Para os procedimentos e análises estatísticas foi utilizado um intervalo de confiança de 95%, tendo sido efetuadas análises descritivas de modo a perceber se haveriam violações dos pressupostos estatísticos. Para as variáveis dependentes em estudo, o teste Shapiro-Wilk revelou a não violação do pressuposto da normalidade da distribuição, excepto na variável IMC ($p = 0,002$), algo já esperado tendo em conta os elevados valores médios da variável na amostra em estudo. No entanto, os procedimentos estatísticos são suficientemente robustos face à violação deste pressuposto (Field, 2013; Marôco, 2014).

Para analisar a eficácia da intervenção a longo prazo, os dados quantitativos recolhidos para o presente estudo, follow-up 2 (3 anos após a intervenção) foram comparados com 3 momentos anteriores: pré intervenção, pós intervenção e follow-up 1 (1 ano após a intervenção).

Os dados referentes à caracterização da amostra foram tratados a partir da estatística descritiva. De forma a testar a eficácia da intervenção foi realizada uma análise de variância (ANOVA) de medidas repetidas mista (Marôco, 2014), contemplando como fator independente a realização de cirurgia bariátrica e como fator com medidas repetidas a variável tempo nos quatro momentos de avaliação (pré-intervenção, pós-intervenção, follow-up 1 e follow-up 2). Além dos pressupostos já referidos é necessário ter em conta a homogeneidade das covariâncias usando o teste de esfericidade de Bartlett. Neste estudo,

este pressuposto não foi cumprido para as variáveis ingestão emocional ($p = 0,00$), ingestão externa ($p = 0,00$), comportamentos de risco ($p = 0,006$) e IMC ($p = 0,00$), analisando-se nestes casos a estatística F após correção de Épsilon. Além disto, verificou-se sempre que se justificava o tamanho do efeito, avaliado pelo valor de eta quadrado parcial, sendo este interpretado de acordo com as interpretações já usadas no trabalho base (.01 corresponde a um efeito pequeno; .06 a um efeito médio e .14 a um efeito elevado) (Vieira, 2014).

Os dados qualitativos foram sujeitos a análise de conteúdo, sendo o sistema de codificação construído com base nas grelhas efetuadas no estudo base, procurando uma abordagem descritiva e interpretativa, respeitando fielmente as narrações das participantes. Foram calculadas as frequências para cada categoria e para as avaliações que as participantes fizeram da sua lista de mudanças. Tentou-se a máxima imparcialidade na análise qualitativa, apostando numa reflexão crítica constante ao longo de todo o processo de categorização e análise.

2. Resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados, sendo apresentados os resultados quantitativos e de seguida os qualitativos.

2.1 Resultados quantitativos

Antes de me referir à análise quantitativa, importa referir que os dados colhidos para este estudo (follow-up 2) serão comparados com os dados colhidos nesta mesma amostra em três momentos anteriores (pré-intervenção, pós-intervenção e follow-up1). Além disso, depois de colhidos os dados, percebeu-se que onze das participantes foram submetidas a cirurgia bariátrica (10 bypass gástrico e 1 sleeve), pelo que não faria sentido analisar a amostra no seu total para a variável dependente IMC. Tendo em conta que se iriam constituir dois grupos (grupo que fez cirurgia bariátrica e grupo que não fez cirurgia bariátrica) para a análise da variável dependente IMC, poderia ser interessante manter os mesmos grupos na análise das outras variáveis dependentes (alexítimia, ingestão emocional, ingestão compulsiva). Foi feita uma análise prévia das referidas variáveis com a amostra total e pareceu-nos que seria mais interessante perceber as variações de ambos os grupos ao longo do tempo e portanto a análise será feita de forma a comparar os dois grupos em função dos momentos de avaliação para as variáveis dependentes.

A tabela 2, apresenta a estatística descritiva e análise de variância de medições repetidas mista para as variáveis de resultado nos vários momentos.

Como se consegue concluir após a análise da tabela 2, a única variável onde se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ao longos dos momentos de avaliação é a variável IMC ($F(3,48) = 4,22, p = .01, \eta^2_{pi} = .21$).

Ao analisarmos a variação do IMC ao longo do tempo, independentemente do grupo, verifica-se igualmente que as diferenças são estatisticamente significativas ($F(3,48) = 18,976, p = .00, \eta^2_{pi} = .543$). Ao observar a figura 1, podemos ver que este efeito estatisticamente significativo se reflete num efeito de descida ao longo do tempo, em ambos os grupos, embora no grupo que não fez cirurgia bariátrica, este efeito de descida seja menos acentuado, nomeadamente até ao follow-up 1 que no grupo que fez cirurgia bariátrica.

Tabela 2. Estatística descritiva e análise de variância de medições repetidas mista para as variáveis de resultado nos quatro momentos de avaliação.

	Grupo sem cirurgia				Grupo com cirurgia							
	<i>n</i> =10				<i>n</i> =11							
	Pré- intervenção <i>M (DP)</i>	Pós- intervenção <i>M(DP)</i>	Follow-up 1 <i>M (DP)</i>	Follow-up 2 <i>M(DP)</i>	Pré- intervenção <i>M (DP)</i>	Pós- intervenção <i>M(DP)</i>	Follow-up 1 <i>M (DP)</i>	Follow-up 2 <i>M(DP)</i>	Tempo X Grupo <i>F</i>	<i>p</i>	<i>g.l</i>	η^2_{pi}
IMC	35,17(4,25)	34,56(3,55)	33,17(5,30)	30,45(6,47)	40,18(2,40)	39,86(2,59)	32,53(5,38)	29,24(7,39)	4,22	.02*	2,07	.21
TAS-20	58,57(16,60)	40,71(8,08)	42,71(17,94)	48,29(20,55)	56,33(11,67)	53,33(16,33)	50,22(15,86)	50,22(15,86)	1,28	.29	3	.08
DIS	22,29(7,90)	14,57(4,76)	16,00(8,79)	17,14(10,42)	21,56(8,95)	18,44(8,59)	15,11(7,99)	15,67(6,71)	.75	.53	3	.05
DDS	16,14(5,70)	11,71(2,93)	12,14(7,88)	12,57(5,83)	14,78(4,15)	14,89(3,89)	14,22(6,32)	12,78(4,94)	.90	.45	3	.06
POE	20,14(5,49)	14,43(3,87)	14,57(4,54)	18,57(5,50)	20,00(5,49)	20,00(4,80)	20,89(4,14)	19,89(5,51)	2,19	.10	3	.14
DEBQ												
LEMOC	41,86(12,56)	37,57(16,28)	39,71(13,70)	33,14(12,82)	47,10(12,56)	35,20(14,61)	31,20(17,87)	29,80(14,68)	.68	.50	1,75	.043
R.ALIM	27,29(6,47)	33,00(7,83)	33,71(5,74)	35,00(3,83)	31,00(6,47)	34,30(5,66)	30,70(5,23)	31,30(10,14)	.92	.44	3	.06
LEXT	30,14(7,29)	25,71(11,69)	29,00(9,35)	25,29(8,12)	29,50(6,72)	23,20(8,47)	20,80(7,04)	21,90(5,30)	.85	.44	1,94	.05
CORE-OM												
BES	6,83(4,79)	4,67(3,08)	6,67(2,94)	6,83(5,19)	9,30(3,30)	5,30(3,27)	4,70(5,79)	5,30(2,98)	1,13	.35	3	.08
QS	23,33(10,05)	13,67(10,05)	18,00(6,26)	19,33(11,34)	24,60(6,45)	17,60(10,11)	16,30(14,92)	15,90(11,03)	.46	.71	3	.03
FSP	15,83(9,45)	12,67(10,56)	12,50(5,79)	16,67(9,50)	18,80(9,95)	12,40(9,56)	12,70(11,27)	13,20(7,94)	.28	.84	3	.02
CR	5,17(5,74)	.50(.84)	1,33(1,97)	2,33(2,88)	4,10(2,92)	2,70(5,14)	3,50(7,20)	1,60(2,80)	.94	.42	2,43	.06

*valores significativos $p < .05$

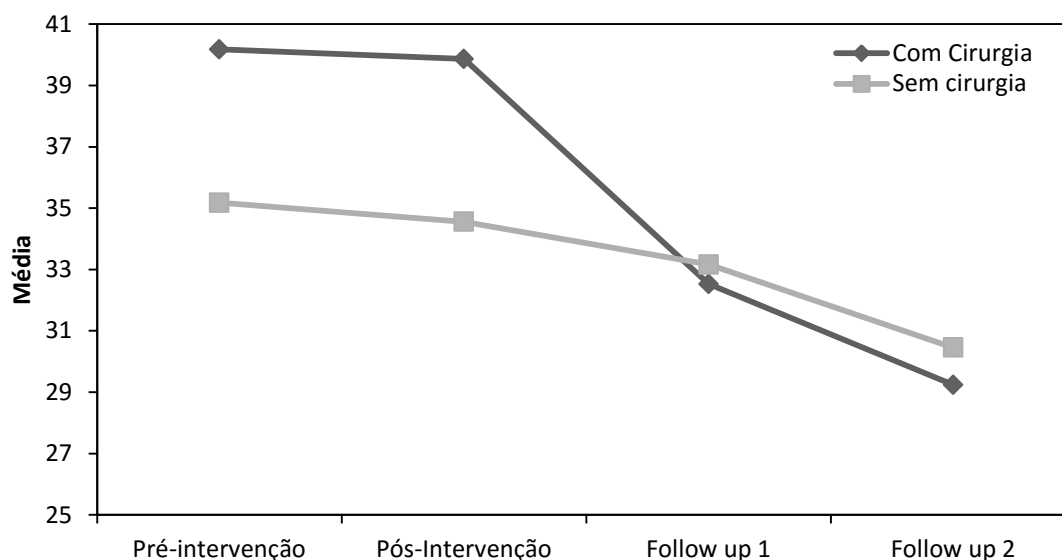


Figura 1. Evolução do IMC entre os vários momentos de avaliação para o grupo com e sem cirurgia bariátrica.

Para a variável DIS, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F(3,42) = .745$, $p = .526$, $\eta^2_{pi} = .051$). Ainda assim, ao realizar uma ANOVA sem considerar o fator cirurgia, os resultados indicam que embora não haja diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nos diferentes momentos, existem diferenças estatisticamente significativas ao longo do tempo independentemente do ($F(3,42) = 4,186$, $p = .011$, $\eta^2_{pi} = .230$). Se observarmos a representação gráfica do efeito (Figura 2), podemos perceber que ambos os grupos ao longo do tempo vieram a ter menos dificuldade em identificar sentimentos e emoções, no entanto, o grupo com cirurgia atingiu o seu ponto mais baixo por volta do follow-up 1, enquanto que o grupo sem cirurgia o conseguiu exatamente no final do programa de psicodrama.

Relativamente à variável dependente DDS, não se evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F(3,42) = .899$, $p = .450$, $\eta^2_{pi} = .060$). Analisando os resultados da ANOVA independentemente do grupo, também não se encontram resultados estatisticamente significativos ao longo do tempo independentemente do grupo ($F(3,42) = 1,356$, $p = .269$, $\eta^2_{pi} = .088$). Observando a representação gráfica (figura 3), podemos perceber que no grupo que não fez cirurgia bariátrica esta dificuldade teve uma descida acentuada sensivelmente até ao final do programa de psicodrama e posteriormente inverteu o sentido, ainda que ligeiramente. No grupo que fez cirurgia bariátrica observa-se uma tendência de descida constante sensivelmente desde o fim do programa até ao follow-up 2.

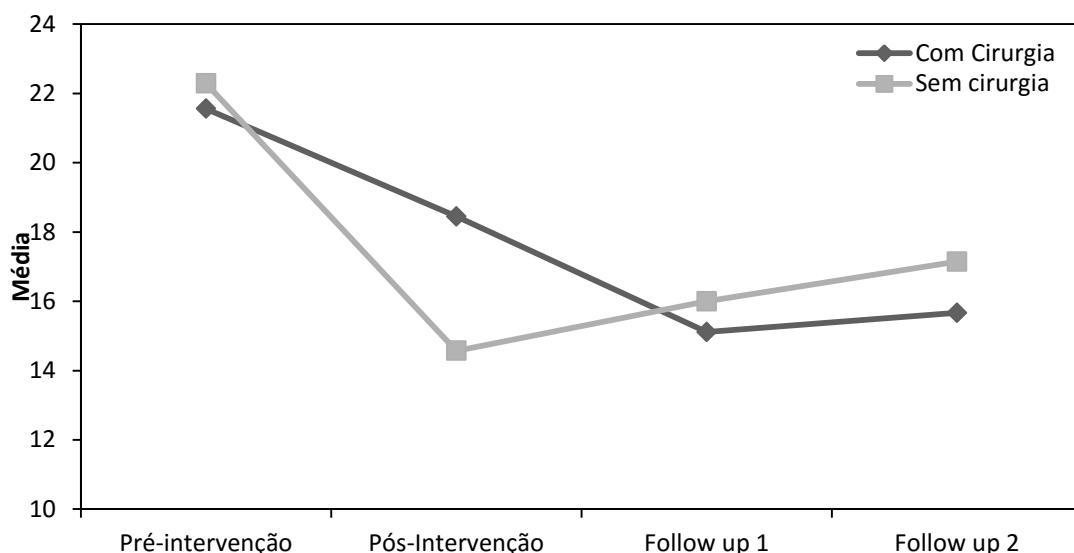


Figura 2. Evolução dos resultados na escala DIS entre os vários momentos de avaliação para o grupo com e sem cirurgia bariátrica.

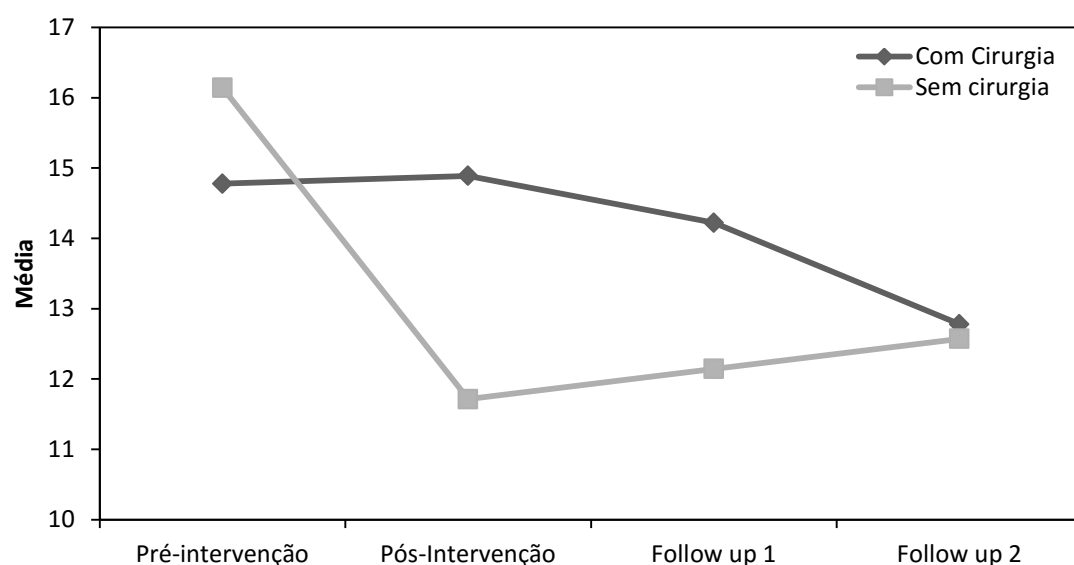


Figura 3. Evolução dos resultados na escala DDS entre os vários momentos de avaliação para o grupo com e sem cirurgia bariátrica.

Para a variável dependente POE, não se evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nos diferentes momentos de avaliação ($F(3,42) = 2,189, p = .103, \eta^2_{pi} = .135$), do mesmo modo também não há diferenças estatisticamente significativas ao longo do tempo independentemente do grupo ($F(3,42) = 1,525, p = .222, \eta^2_{pi} = .098$). Analisando a representação gráfica (Figura 4) da evolução dos resultados da variável, podemos verificar que no grupo que não fez cirurgia bariátrica, verificou-se uma descida deste estilo de pensamento do momento de avaliação correspondente ao pós-intervenção e posteriormente verifica-se uma tendência de subida, que se tornou mais

acentuada depois do follow-up 1. No grupo que fez cirurgia bariátrica, não se verificaram oscilações tão marcadas como no outro grupo e ao contrário dele, depois do follow-up 1, tem vindo a revelar uma tendência ainda que ligeira de diminuição desta dificuldade.

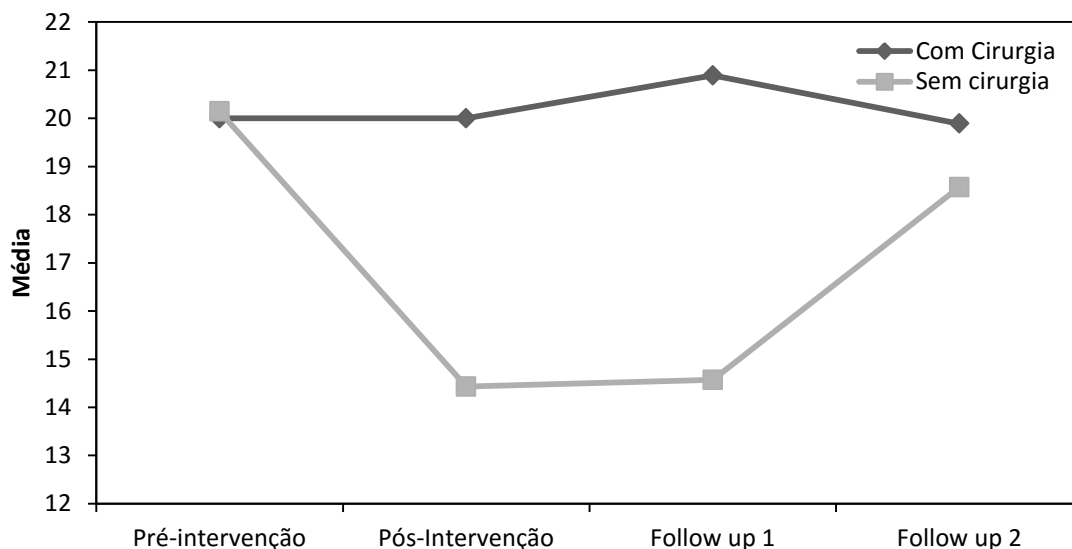


Figura 4. Evolução dos resultados na escala POE entre os vários momentos de avaliação para o grupo com e sem cirurgia.

Para a variável IEMOC, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nos diferentes momentos ($F(3,45) = .682$, $p = .496$, $\eta^2_{pi} = .043$), nem ao longo do tempo independentemente do grupo ($F(3,45) = 2,521$, $p = .106$, $\eta^2_{pi} = .144$). Ao se analisar a representação gráfica (figura 5), podemos perceber que no grupo que não fez cirurgia, se verificam tendências de descida da ingestão emocional durante a intervenção e entre o follow-up 1 e 2. No grupo que foi sujeito a cirurgia bariátrica, verifica-se uma tendência de descida ao longo do tempo.

Na variável dependente R.ALIM não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nos vários momentos de intervenção ($F(3,45) = .919$, $p = .439$, $\eta^2_{pi} = .058$), nem independentemente dos grupos ao longo do tempo ($F(3,45) = 1,200$, $p = .321$, $\eta^2_{pi} = .074$). Se analisarmos a representação gráfica (figura 6) das médias da variável ao longo do tempo, percebemos que a tendência do grupo que não fez cirurgia bariátrica é de subida da restrição alimentar, no entanto salienta-se um abrandamento da subida após o término da intervenção. No grupo que fez cirurgia bariátrica, verificou-se uma subida acentuada durante o programa de psicodrama, seguido de uma descida acentuada até ao follow-up 1, sendo que entre os dois momentos de follow-up se tem mantido sensivelmente constante.

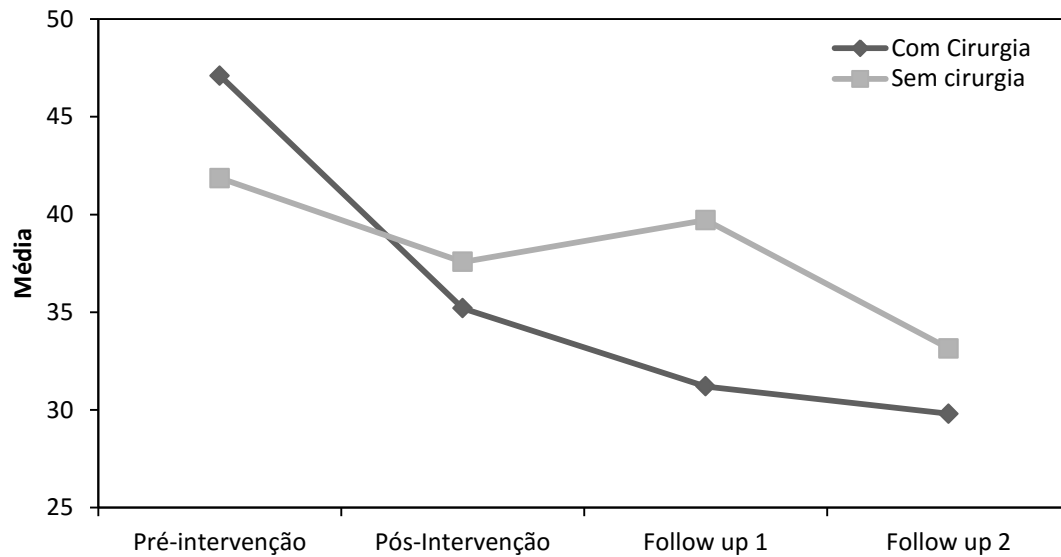


Figura 5. Evolução dos resultados na escala I. EMOC entre os vários momentos de avaliação para o grupo com e sem cirurgia bariátrica.

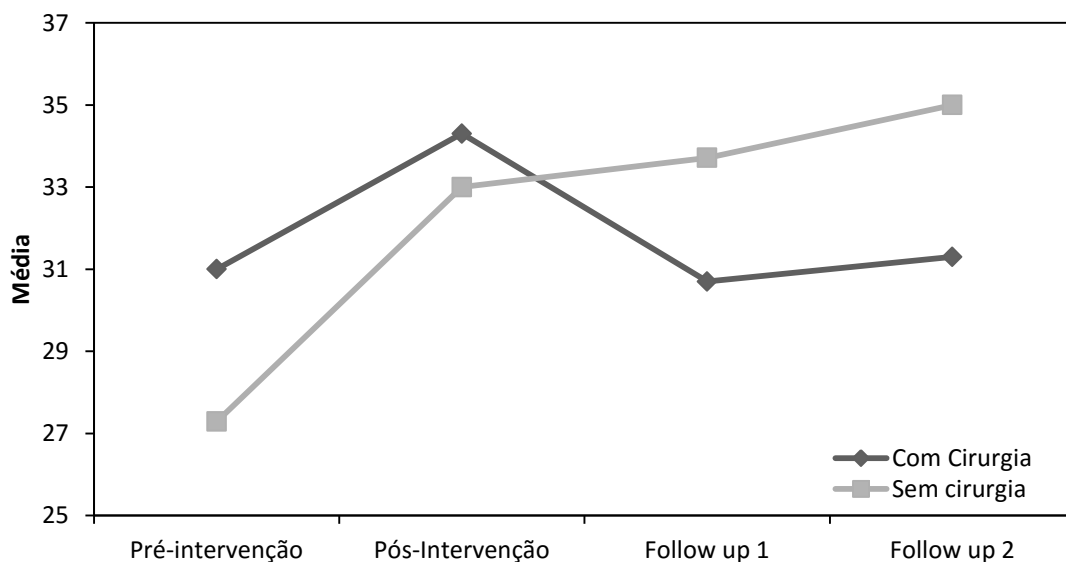


Figura 6. Evolução dos resultados na escala R.ALIM entre os vários momentos de avaliação para o grupo com e sem cirurgia bariátrica

No que respeita à variável I.EXT, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nos diferentes momentos de avaliação ($F(1,941;45) = .864, p = .436, \eta^2_{pi} = .436$) e também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ao longo do tempo, independentemente dos grupos ($F(1,941;45) = 2,570, p = .095, \eta^2_{pi} = .146$). Pela análise da figura 7, pode-se verificar que ao longo do tempo em que decorreu o estudo, se verificou uma tendência de descida da ingestão externa, sendo esta descida mais acentuada e continua no grupo que fez cirurgia bariátrica, principalmente até ao follow-up

1. No grupo que não fez cirurgia bariátrica verificou-se uma descida acentuada ao longo do período em que decorreu o psicodrama e entre o follow-up 1 e 2.

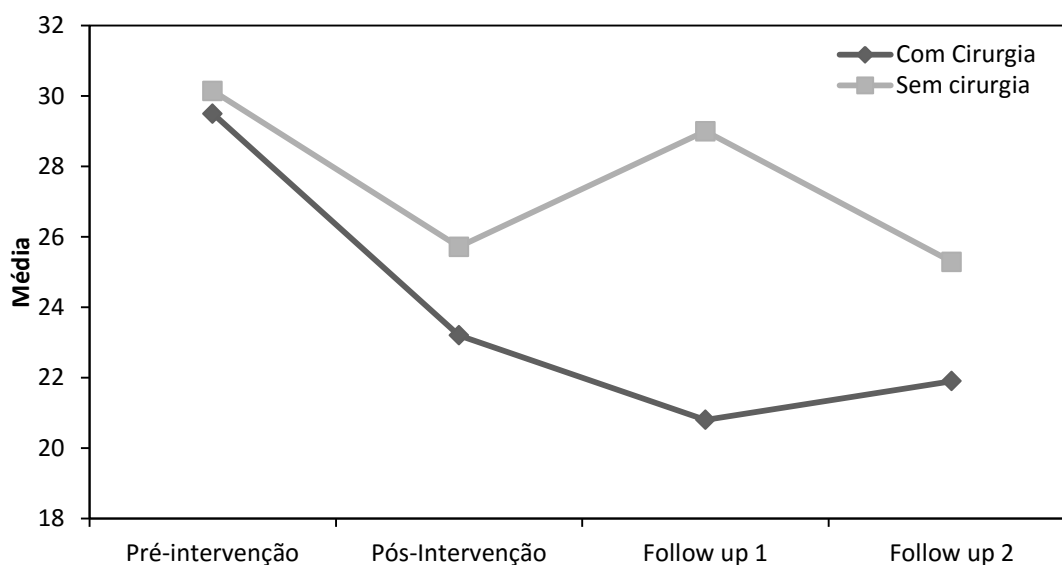


Figura 7. Evolução dos resultados na escala I.EXT entre os vários momentos de avaliação para o grupo com e sem cirurgia bariátrica.

Quanto à variável BES, não se evidenciaram diferenças estatisticamente significativas ao longo do tempo independentemente do grupo avaliado ($F(3,42) = 1,130$, $p = .348$, $\eta^2_{pi} = .075$), nem se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nos diferentes momentos de avaliação ($F(3,42) = 1,873$, $p = .149$, $\eta^2_{pi} = .118$). Se observarmos a representação gráfica (figura 8), podemos perceber que houve uma descida acentuada da média desta variável durante a intervenção psicodramática, que a partir daí aumentou ligeiramente para o grupo que não fez cirurgia. No grupo que fez cirurgia a tendência de subida demorou mais a acontecer, tendo-se verificado apenas a partir do follow-up 1.

Não se encontraram também diferenças estatisticamente significativas para a variável QS entre os grupos nos diferentes momentos ($F(3,42) = .456$, $p = .714$, $\eta^2_{pi} = .143$), nem se encontraram diferenças estatisticamente significativas ao longo do tempo independentemente dos grupos ($F(3,42) = 2,338$, $p = .87$, $\eta^2_{pi} = .143$). Ao analisar a representação gráfica (figura 9) dos resultados entre os vários momentos de avaliação, podemos verificar que em ambos os grupos houve uma descida acentuada das queixas e dos sintomas entre o momento pré e pós-intervenção. No entanto, o grupo que fez cirurgia bariátrica manteve-se numa tendência de descida, embora mais branda, enquanto que, o grupo que não fez cirurgia bariátrica inverteu a tendência de descida e portanto os

resultados para a escala foram aumentando ao longo do tempo. Esta tendência de subida foi mais acentuada entre o momento pós intervenção e o follow-up 1.

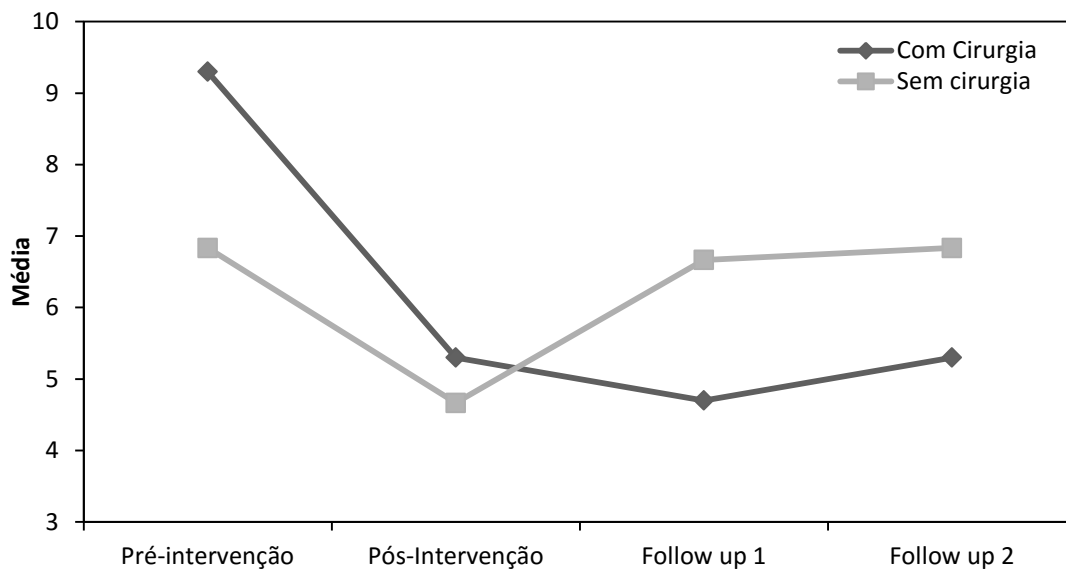


Figura 8. Evolução gráfica dos resultados da escala BES entre os vários momentos de avaliação para o grupo com e sem cirurgia bariátrica.

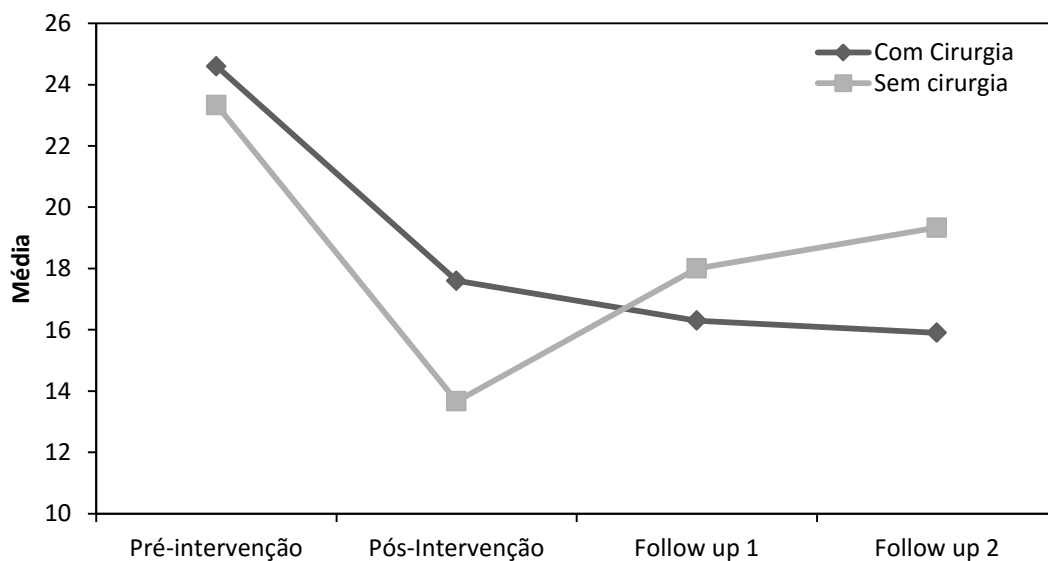


Figura 9. Evolução dos resultados na escala QS entre os vários momentos de avaliação para o grupo com e sem cirurgia bariátrica.

Para a variável FSP, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas nem entre os grupos nos diferentes momentos ($F(3,42) = .275$, $p = .843$, $\eta^2_{pi} = .019$), nem ao longo do tempo independentemente dos grupos ($F(3,42) = .947$, $p = .427$, $\eta^2_{pi} = .063$). pela análise da representação gráfica (Figura 10), verifica-se que houve melhoria entre os

momentos pré e pós intervenção. Ao longo do follow-up, os valores mantêm-se para o grupo que realizou cirurgia bariátrica e há um ligeiro agravamento para o grupo que não realizou.

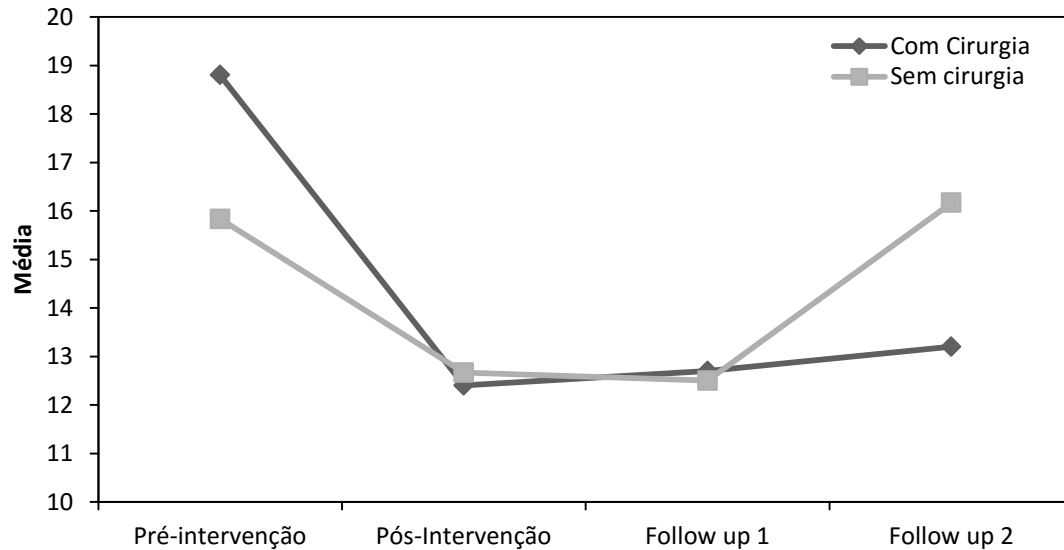


Figura 10. Evolução dos resultados na escala FSP entre os vários momentos de avaliação para o grupo com e sem cirurgia bariátrica.

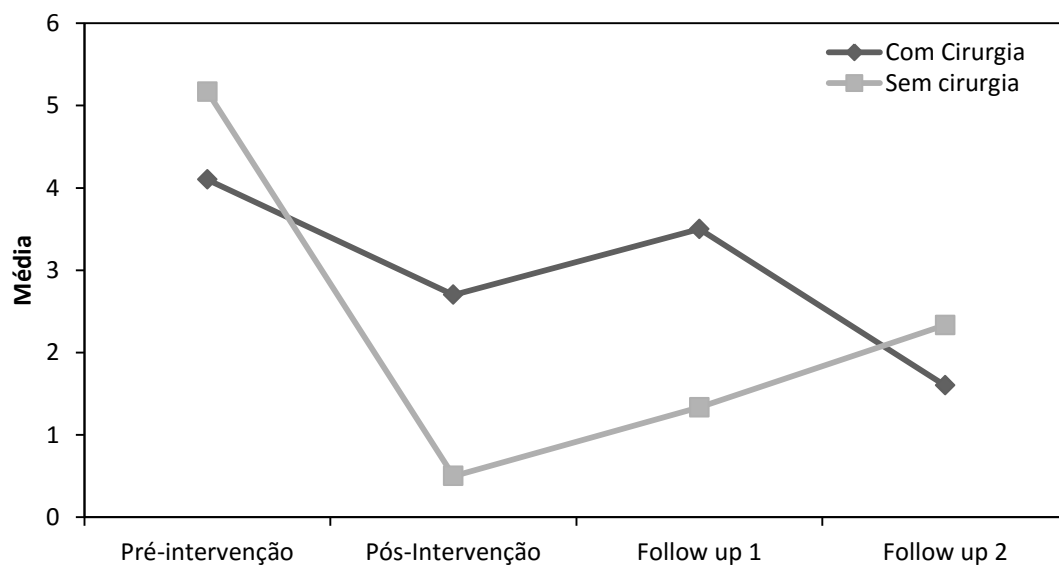


Figura 11. Evolução dos resultados na escala CR entre os vários momentos de avaliação para o grupo com e sem cirurgia bariátrica.

Para a variável CR também não foram encontrados efeitos estatisticamente significativos nem entre os grupos ao longo do tempo ($F(3,42) = .941$, $p = .429$, $\eta^2_{pi} =$

.063), nem independentemente dos grupos ao longo do tempo ($F(3,42) = 2,188, p = .104, \eta^2_{pi} = .135$). Para variável, analisando a representação gráfica, verifica-se que houve descida dos valores médios para ambos os grupos entre os momentos pré e pós intervenção, sendo que o grupo que não realizou cirurgia inverteu a sua tendência nesse momento. O grupo que realizou cirurgia bariátrica sofreu um ligeiro aumento até ao follow-up 1 e desde essa altura encontra-se em processo de melhoria.

2.2 Resultados qualitativos

Os resultados apresentados neste subcapítulo resultam da análise dos dados recolhidos exclusivamente no âmbito deste projeto de investigação. Tendo em conta que se verificou a necessidade de analisar os dados quantitativos tendo em conta a formação de dois grupos, optou-se por manter a análise dos dados qualitativos do mesmo modo.

Começa-se por apresentar as mudanças que as participantes enumeraram na CCI e as respetivas frequências. Salienta-se que no total da amostra foram enumeradas 81 mudanças. Na tabela 3, apresentam-se as mudanças e as respetivas frequências para os grupos com e sem cirurgia bariátrica.

Tabela 3. Lista das principais mudanças identificadas na CCI e respetivas frequências para o grupo com e sem cirurgia bariátrica

Mudanças (CCI)	% (n) Com cirurgia		% (n) Sem cirurgia	
Maior controlo alimentar	27,3%	(3)	40,0%	(4)
Maior capacidade de expressar/refletir sobre os sentimentos	54,5%	(6)	30,0%	(3)
Sentir-se melhor com o corpo/maior investimento na imagem	45,5%	(5)	30,0%	(3)
Mudanças ao nível do humor	27,3%	(3)	30,0%	(3)
Colocar-se em primeiro lugar, sem culpabilização	18,2%	(2)	10,0%	(1)
Mudanças ao nível das relações interpessoais	63,6%	(7)	30,0%	(3)
Visão mais positiva e segura de si	36,4%	(4)	30,0%	(3)
Desenvolvimento de novas perspetivas sobre os problemas	27,3%	(3)	80,0%	(8)
Maior capacidade reflexiva e de autoanálise	18,2%	(2)	50,0%	(5)

Salientando as frequências mais elevadas, podemos observar que, das participantes que não fizeram cirurgia, 80% refere como principal mudança ocorrida com o psicodrama o desenvolvimento de novas perspectivas sobre os problemas e 50% salienta uma maior capacidade reflexiva e de autoanálise. Do grupo que realizou cirurgia, cerca de 64% das participantes refere como principal mudança melhorias ao nível das relações interpessoais, e 54,5% salienta a maior capacidade de expressar/refletir sobre os sentimentos.

Na figura 12, apresenta-se graficamente a avaliação das mudanças face às expectativas pelas participantes.

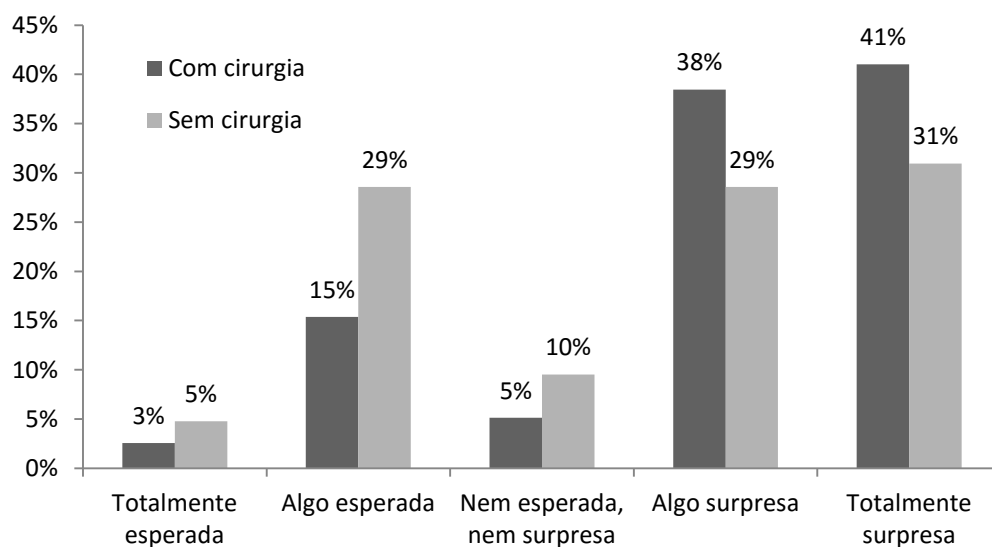


Figura 12. Avaliação das mudanças identificadas na CCI face às expectativas no grupo com cirurgia e sem cirurgia bariátrica

As participantes que não fizeram cirurgia consideram 29% das mudanças algo esperadas e respetivamente 29% e 31% algo surpresa e totalmente surpresa, enquanto que nas participantes que fizeram cirurgia bariátrica respetivamente 38% e 41% classificam as mudanças como algo surpresa e totalmente surpresa.

Na figura 13, apresenta-se a avaliação que as participantes fazem relativamente à importância do psicodrama para a ocorrência ou não das mudanças referidas.

Da amostra que fez cirurgia bariátrica, respetivamente 57% e 41% das mudanças de certeza não aconteciam sem psicodrama ou provavelmente não aconteciam e 26% do mesmo grupo não sabe se as mudanças aconteceriam ou não. No grupo que não fez cirurgia bariátrica, 57% das mudanças de certeza não aconteciam sem psicodrama, 21% provavelmente não aconteciam e 12% provavelmente aconteciam.

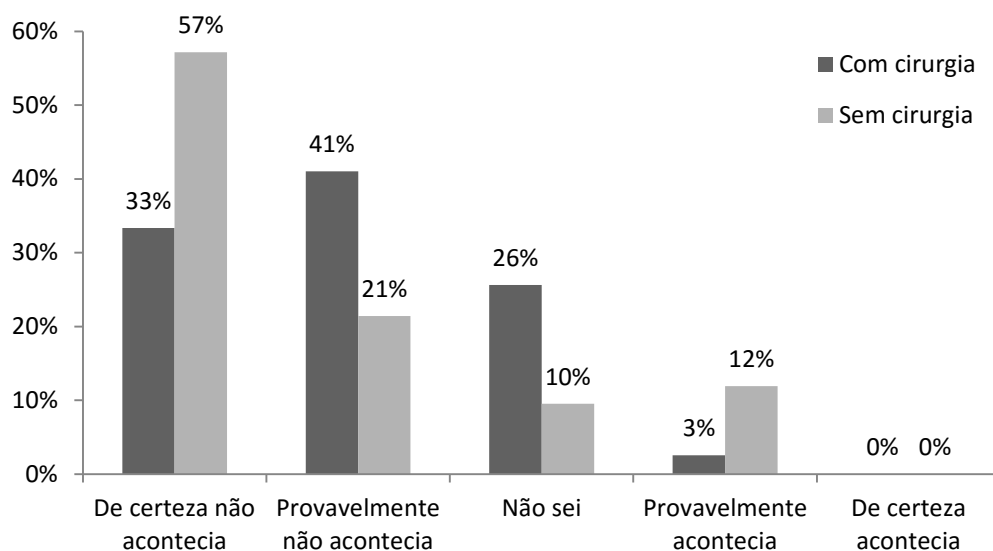


Figura 13. Avaliação das mudanças identificadas na CCI, face à atribuição ao psicodrama nos grupos com e sem cirurgia bariátrica

Na figura 14, podemos observar a avaliação da importância das mudanças feita pelas participantes da amostra, dividida pelos dois grupos.

Salienta-se que nenhuma das mudanças foram consideradas pouco ou nada importantes para a amostra do estudo. No grupo que fez cirurgia bariátrica, a maior parte das mudanças (77%) foram consideradas extremamente importantes, enquanto que para o grupo que não fez cirurgia, 55% das mudanças foram extremamente importantes. Apenas 17% da amostra total classificam mudanças como moderadamente importantes. Na tabela 4, são apresentados os resultados da restante entrevista, com apresentação das frequências para o grupo com e sem cirurgia bariátrica.

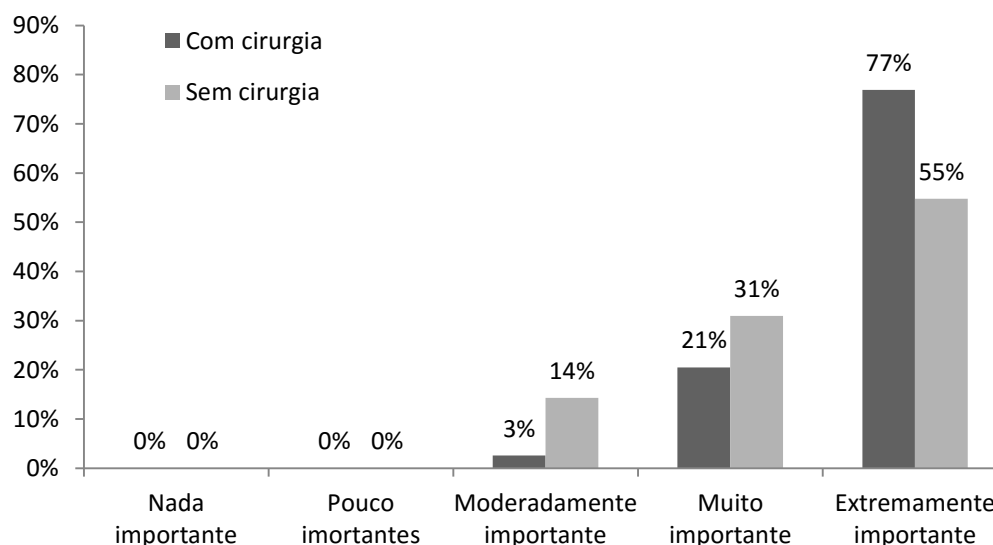


Figura 14. Avaliação das mudanças identificadas na CCI face à importância atribuída nos grupos com e sem cirurgia bariátrica

Na tabela 4, podemos encontrar uma lista com as questões com maior relevância para o nosso trabalho, que foram colocadas às participantes durante a CCI.

Tabela 4. Lista de questões colocadas durante a entrevista e respectivas frequências no grupo com e sem cirurgia bariátrica

Entrevista de mudança do cliente (Elliot, Slatick & Urman, 2001)	% (n) Com cirurgia	% (n) Sem cirurgia
Uso de psicofármacos	45,5% (5)	80,0% (8)
Com acompanhamento psicológico depois do psicodrama	27,3% (3)	40,0% (4)
Sente melhorias ao nível da vida depois do psicodrama	90,9% (10)	90,0% (9)
Sentiu necessidade de fazer mudanças depois de terminar o psicodrama	54,5% (6)	80,0% (8)
Sente mais vontade de comer em estados de humor extremos	63,6% (7)	80,0% (8)
Sente-se bem em relação ao peso	63,6% (7)	60,0% (6)
Sentiu mudanças nas relações com familiares depois do psicodrama	63,6% (7)	90,0% (9)
Sente apoio da família para as iniciativas de perda de peso	90,9% (10)	80,0% (8)
Sente-se responsável pelo seu processo de mudança	81,8% (9)	90,0% (9)

Sublinha-se um elevado uso de psicofármacos (61,9%) no total da amostra, valor este que aumenta para 80% se atendermos apenas ao grupo sem cirurgia. Entre 27 a 40% da amostra total teve acompanhamento psicológico depois de ter terminado o programa de psicodrama. A amostra é unânime no que respeita a melhorias na sua vida depois do psicodrama (\geq a 90% em ambos os grupos). No grupo de participantes que não fez cirurgia foi mais acentuada a necessidade de promover mudanças depois do psicodrama (80%) e estas participantes sentem mais vontade de comer em estados de humor extremos (80%). Das participantes que não fizeram cirurgia, 90% sentiram mudanças ao nível da relação com familiares. No mesmo grupo, a quase totalidade das participantes (90%) sentem-se responsáveis pelo seu processo de mudança ou não mudança, enquanto que no grupo que fez cirurgia, apenas 81,8% têm este sentimento. Não se verificam discrepâncias quanto à forma como as participantes se sentem em relação ao peso, nem ao facto de sentirem apoio por parte da família.

3. Discussão

Neste trabalho, cujo objetivo foi estudar a eficácia a longo prazo de um programa de intervenção grupal, seguindo o modelo psicodramático com mulheres obesas com PIAC, adotou-se uma metodologia mista, tal como no estudo base, pensando na riqueza dos dados colhidos. O objetivo foi ter a possibilidade de articular os resultados quantitativos e qualitativos, fazendo-os confluir articulando-os de forma a que se complementem numa análise mais opulenta, usando o discurso direto para ilustrar e salientar, através dos dados colhidos na CCI, sempre que se mostre oportuno. Neste sentido, a discussão será integrativa, permitindo uma perspetiva mais detalhada e um conhecimento mais abrangente do objetivo do nosso estudo.

A ideia de que a obesidade é uma situação crónica prejudicial foi amplamente abordada ao longo da revisão de literatura efetuada. Apresenta um elevado risco de comorbilidades médicas, consequências sociais e emocionais negativas (Paul et al., 2015; Lin et al., 2013), nomeadamente nos indivíduos com formas de obesidade mais severas (Jones-Corneille et al., 2012), mantendo-se esta tendência para indivíduos obesos que procuram cirurgia bariátrica (de Zwaan et al., 2011). *—Agora não tenho problema nenhum, mas antes da cirurgia tinha diabetes, tensão alta, colesterol alto, apneia do sono, arritmias cardíacas e depressão”* (P.3, grupo com cirurgia).

Ao longo de todo o processo de recolha de dados, a vivência desta doença foi referida pelas participantes como uma forma de vida, de cuja gravidade apenas se tornaram conscientes alguns anos depois. *—A imagem mental do meu corpo, sempre a via distorcida(...)”* (P. 20, grupo sem cirurgia). *—(..)Foi a primeira vez que olhei verdadeiramente para mim e me vi”* P.13, grupo sem cirurgia bariátrica). *—O espelho, numa sessão é que me fez ter consciência de como eu era, porque estava ali, estava a olhar para mim, eu estava á minha frente”* (P.4, grupo com cirurgia bariátrica).

Sendo a obesidade uma doença complexa e heterogénea (Levitsky, 2005), encontramos também na nossa amostra a manifestação dessa multiplicidade de fatores que poderão estar na sua origem/desenvolvimento. Nomeadamente, 85,7% das participantes têm antecedentes de obesidade na família, 62% encontra-se medicada com psicofármacos, e todas elas salientam a influência da área emocional no comportamento alimentar. Sendo, a ausência de atividade física um grande fator promotor da obesidade (Mensink et al., 2013), um dado relevante a sublinhar é o facto de no follow-up 2, 52,4% da amostra refere

fazer exercício físico regular, sendo que isto não acontecia na avaliação pré-intervenção em que a maior parte das participantes se consideravam sedentárias (Vieira, 2014).

De acordo com estudos referidos ao longo da revisão teórica, salienta-se a associação entre as emoções e o comportamento alimentar (Corbalán-Tutau, 2012; Macht & Simons, 2011; Gianin, White & Masheb, 2013), verificando-se também a influência destas sobre o tipo de comportamento (Kenny, 2011; Egecioglu et al., 2011). Ao analisarmos os dados qualitativos, verifica-se que existem participantes que referem tendência para ingerir mais alimentos nomeadamente alimentos com maiores índices calóricos e mais palatáveis, quando se encontram em estados de humor mais extremos (e.g. mais tristes, mais irritadas, mais felizes, mais preocupadas, quando se sentem mais sós) –*Noto uma diferença muito grande entre a manhã e a tarde. Como muito mais a partir da tarde e ainda mais à noite. O meu marido deita-se às 10h e eu às 3 da manhã, até me deitar como bolachas, alheiras, enfim, o que tiver em casa (...)*”(P.1, grupo sem cirurgia bariátrica). Esta associação entre a alimentação e as emoções, pode resumir-se a um comportamento compensatório, mesmo em populações não clínicas e que a longo prazo pode evoluir para um comportamento desajustado, colocando o indivíduo em condição patológica. Menatti, Weeks, Levinson e McGowan (2013) concluíram que indivíduos com elevados níveis de perfeccionismo, orientados para si mesmos, tendencialmente apresentam também níveis elevados de ansiedade, recorrendo posteriormente à ingestão alimentar compulsiva como forma de mediar essa ansiedade. Conseguindo com isto um ajuste ao nível cognitivo da ansiedade ainda que temporário. –*Fenho consciência clara de que há uma relação compulsiva com a comida. Levo-a como estratégia de conforto (...) Oscilo entre picos de euforia e dias sem energia. Nesses resguardo-me em casa, nos outros são grandes jantaras com amigos.*” (P. 21, grupo sem cirurgia bariátrica).

Refletindo sobre os resultados para a variável IMC, na qual se obtiveram resultados estatisticamente significativos, percebemos que ambos os grupos apresentam diminuição para esta variável após a intervenção. Esta alteração parece óbvia e expectável para o grupo que fez cirurgia e interessante para o grupo que não fez, principalmente quando se sustenta a crítica com a análise da representação gráfica e percebemos que a evolução do IMC nos dois grupos a partir do follow-up 1 apresenta valores médios muito próximos. Mesmo não se verificando diferenças estatisticamente significativas a longo prazo nas variáveis relativas ao comportamento alimentar, esta diminuição do IMC no grupo que não fez cirurgia pode ser revelador de que estas participantes conseguiram gerir melhor as suas emoções e ter um comportamento alimentar mais adaptativo, que se refletiu numa

consequente perda de peso. Este dado vai de encontro com a principal mudança que este grupo refere na CCI – maior autocontrolo. Pela análise dos dados qualitativos, parece-nos que pelo facto das participantes do grupo que não fez cirurgia terem desenvolvido uma maior capacidade crítica e de autoanálise, por se sentirem mais responsáveis pelo seu processo de mudança ou não mudança, associado ao facto de serem mais escolarizadas fez com que se tornassem mais críticas em relação a si próprias e mais exigentes, tanto que referem um maior controlo alimentar e por isso conseguem manter a descida do IMC sem cirurgia. Paralelamente, se analisarmos a representação gráfica da variável restrição alimentar, verificamos que o grupo que não fez cirurgia bariátrica apresentou sempre uma tendência de subida enquanto que o grupo que fez cirurgia bariátrica não, embora não se tenham encontrado diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. *“Percebo que há coisas que não posso comer frequentemente, só de vez em quando”* (P. 3, grupo com cirurgia bariátrica), *–Percebi no psicodrama que não tinha necessidade de comer tanto, que era absurdo. Cozinha 0.5kg de massa para três pessoas em cada refeição, agora a mesma massa dura para três refeições... até poupo dinheiro”* (P. 13, grupo sem cirurgia bariátrica). Parece-nos óbvio considerar que no grupo que fez cirurgia bariátrica esta restrição seja mais imposta pelas limitações próprias da cirurgia do que propriamente pelo aumento do autocontrolo. Sendo fulcral a intervenção psicoterapêutica (Aigner et al., 2011; Hay & claudino, 2012; Wilson & Zandberg, 2012), importa colocar intensidade emocional como forma de promover mudança. Nesta medida, surge o psicodrama como forma eleita de terapia associada à obesidade. O objetivo era que as participantes além de diminuírem o IMC, fossem capacitadas de recursos que lhes permitissem lidar com situações emocionalmente intensas já que estas podem funcionar como precipitadoras de desregulação ao nível do comportamento (Vieira, 2014). *–Não estava consciente da dor que ia sentir, tive momentos em que pensei desistir porque a dor da minha descoberta era enorme (...) mas o psicodrama tornou-me mais resiliente e sem necessidade de medicação (...) o psicodrama possibilitou-me ver as coisas do lado de fora. Numa situação de gestão de conflitos, consigo visualizar a situação e colocar-me numa terceira pessoa e olhar com outros olhos para visualizar a emoção a aumentar a capacidade de reação. No fundo, manter a espontaneidade sem perder a calma e retirar partido da situação”* (P. 20, grupo sem cirurgia bariátrica). *–O psicodrama permitiu-me perceber que sou parte do problema, permitiu-me descobrir enquanto pessoa, ter mais noção de mim, do que me rodeia e ser mais crítica”* P. 15, grupo sem cirurgia bariátrica). *–Lembro-me perfeitamente de uma sessão em que a diretora me deu um bebé chamado A. para eu cuidar. Fez aquilo como se*

fosse um bebé a sério.” (P. 11, grupo com cirurgia). *“(…) só aí é que percebi o quanto me sentia mal e era tão mau ter tanto peso, até então não tinha propriamente consciência disso, era normal.”*(P.14, grupo sem cirurgia).

Relativamente à componente emocional, no estudo base, verificaram-se diferenças significativas entre os momentos pré e pós intervenção ao nível da alexítimia (pensamento orientado para o exterior) e da ingestão emocional, revelando um efeito positivo do psicodrama nesta área. Na avaliação de follow-up estas diferenças esbatem-se, ainda que pela análise do tamanho do efeito, que se encontra entre o moderado a elevado, podemos supor que o facto da amostra ser reduzida poderá ter aqui influencia nos resultados encontrados.

Concretizando, no que respeita à dificuldade em identificar sentimentos, pela a análise da representação gráfica verificamos que ambos os grupos tiveram uma grande descida nesta medida entre os momentos pré e pós intervenção e têm estado, ainda que ligeiramente, a apresentar novamente mais dificuldade. Ainda assim, o grupo que não fez cirurgia bariátrica apresentou uma descida mais acentuada e rápida que o grupo que fez cirurgia. Curiosamente na análise da CCI, 54,5% das participantes do grupo que fez cirurgia referem maior capacidade de expressar/refletir sobre os sentimentos, ao passo que do grupo sem cirurgia só 30% referiu esta categoria. No grupo com cirurgia as participantes referem que conseguem colocar-se em primeiro lugar sem culpabilização (18,2%) e dizem, com maior frequência, ter uma visão mais positiva e segura de si. Além disso, referem sentir-se melhor com o corpo e dizem investir mais na sua imagem e 63,6% do grupo refere mudanças ao nível das relações interpessoais. Se regressarmos à representação gráfica, verifica-se que o grupo que fez cirurgia atingiu o valor mínimo para esta variável no follow-up 1, precisamente na altura em que se verificou a descida mais abrupta do IMC, pelo que nos parece que esta mudança também se deva em grande parte à cirurgia e ao quanto foi libertador para este grupo, perder peso rapidamente. *“ Com a cirurgia tive a autoestima e a qualidade de vida. Não sei se o psicodrama teve algum efeito, ou se me trouxe alterações.”*(P. 7, grupo que fez cirurgia bariátrica). A acrescentar ao referido pela participante, devo acrescentar que a participante quando foi confrontada com o meu pedido de resposta ao instrumento TAS-20 permaneceu em silêncio um longo período de tempo e parece-me porque eu deixei o silêncio falar, acabou por desabar em choro, tendo sido uma entrevista difícil, porque houve necessidade de inúmeras pausas e foi emocionalmente muito intenso.

Quanto ao pensamento orientado para o exterior, salienta-se que a maioria das participantes (81,8% do grupo que fez cirurgia e 90% do grupo sem cirurgia) referem sentir-se responsáveis pelo seu processo de mudança ou não mudança. Se analisarmos a representação gráfica da variável, percebemos que o grupo que fez cirurgia bariátrica apresenta resultados mais elevados nesta variável ao longo do tempo que o grupo sem cirurgia e que a partir do follow-up 1, portanto após a cirurgia, aconteceu o único momento em que conseguiram contrariar a tendência para a externalização, ainda assim de forma pouco acentuada. *—As vezes petisco durante a noite, porque durmo muito mal e acordo (...) O meu sobrinho compra imensa comida, mais doces, e depois afinal não come e eu acabo por comer para evitar que se estrague*”.(P.9, grupo com cirurgia bariátrica). *—Houve uma sessão em que me chateei muito, então a diretora só porque o fim de semana tinha corrido mal, tive de fazer uma coisa que não queria começou a querer dizer que eu tinha feito aquilo porque escolhi... fiz porque teve de ser, todos queriam, não ia ser eu a não deixar que acontecesse*” (P.4, grupo com cirurgia bariátrica).

Relativamente à dificuldade em descrever os sentimentos, verifica-se mais uma vez pela análise da representação gráfica que esta variável apresentou uma descida acentuada durante o psicodrama no grupo sem cirurgia, o que parece ser revelador do efeito da intervenção ao nível da capacidade de autoanálise e de expressão emocional. No entanto, posteriormente tem vindo a apresentar uma ligeira tendência de subida, enquanto que o grupo que realizou cirurgia bariátrica só depois de ter terminado a terapia é que iniciou a diminuição da dificuldade em descrever sentimentos e tem-se mantido numa tendência de descida, sendo que no follow-up 2 apresentam valores médios próximos. *“Percebi o quanto dói a dor de sentir (...)”*P. 20, grupo sem cirurgia bariátrica).

No que respeita às subescalas do CORE-OM, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ao nível das variáveis bem-estar subjetivo, queixas e sintomas, funcionamento social e pessoal, nem comportamentos de risco. Ainda assim parece-nos que vale a pena analisarmos as representações gráficas das medidas e os resultados qualitativos. Verifica-se ao nível do bem-estar subjetivo uma melhoria muito acentuada no final da terapia nos dois grupos. Dado este congruente com o estudo base onde foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os momentos pré e pós intervenção no grupo experimental. O grupo que não fez cirurgia posteriormente piorou, possivelmente por não terem conseguido obter as mudanças que idealizavam e ao serem mais críticas, mais reflexivas, analíticas, internalizavam mais sentindo-se eventualmente mais frustradas. *“Gostava de perder mais peso”* (P. 18, grupo sem cirurgia

bariátrica). *"Gostava de ter mais controlo sobre a vontade de ingerir doces, mais disciplinada"* (P.16, grupo com cirurgia bariátrica). No grupo que fez cirurgia, o bem estar subjetivo melhorou até ao follow-up 1, possivelmente impulsionado pela perda de peso após cirurgia, mas posteriormente adotou a tendência do outro grupo, embora mais ténue. Se verificarmos os dados qualitativos, 63,6% destas participantes sentem-se bem com o peso, as restantes voltaram a aumentar algum tempo depois da cirurgia e parece-nos que esta não continuação da melhoria, pode contribuir para estes resultados. Para a variável queixas e sintomas, o grupo que fez cirurgia apesar de tudo manteve-se em melhoria desde o início enquanto que o grupo que não fez piorou após a terapia. *"Senti-me melhor no início, agora já me sinto pior outra vez, estou outra vez com problemas no meu trabalho"* (P.13, grupo sem cirurgia bariátrica). *"Estou pior agora, porque tenho consciência das minhas limitações(...)"* P. 15, grupo sem psicodrama). Os motivos a apontar parecem-nos semelhantes aos já enumerados e ainda o facto das participantes do grupo que não fez cirurgia nos parecerem mais restritas ao ambiente familiar e às mudanças dentro dele. Na CCI verificamos que só 30% deste grupo é que referiu mudanças ao nível das relações interpessoais no geral, mas referiram 90% de mudanças ao nível das relações com familiares. Quanto ao funcionamento geral, houve franca melhoria para ambos os grupos durante a intervenção psicoterapêutica e a partir do follow-up 1 ambos os grupos inverteram esta tendência, sendo esta mais acentuada no grupo que não fez cirurgia bariátrica. Embora as melhorias na vida depois do psicodrama sejam na ordem dos 90% para os dois grupos, o grupo que não fez cirurgia apresenta mais uso de psicofármacos(80%) e maior necessidade de acompanhamento psicológico e isto acaba por ir ao encontro da revisão da literatura, pois também apresentam maior vontade de comer em estados de humor extremos (80%), sendo por isso natural que lhes precipite um comportamento alimentar não tão saudável quanto gostariam e eventualmente em outros problemas, sentindo-se desiludidas consigo próprias.

Finalmente, um outro aspecto a salientar dos resultados obtidos foi a componente grupal da intervenção. No final da terapia todas as participantes reconheceram o quanto foi positivo estar em grupo. Salientam o facto de terem a possibilidade de perceber que não eram as únicas pessoas com obesidade, referem que houve situações durante a dramatização que lhes foi útil, porque quando eram protagonistas viam a situação de fora e no final recebiam feedback e quando não eram muitas vezes reviam-se na situação e acabavam por guardar muito disso para si. A aprendizagem interpessoal é um fator terapêutico de extrema importância quando se fala de psicoterapia de grupo (Yalom &

Leszcz, 2005), colocar-se na posição do outro, leva a assumir uma nova visão da situação (Yaniv, 2011). Uma noção de si mais precisa através do feedback dos membros do grupo pode facilitar uma aprendizagem interpessoal (Gallagher et al., 2014; Guerra, Lima & Torres, 2014). “(...) *percebi que havia mais pessoas com problemas semelhantes (...) podia falar e no fim era bom ouvir os comentários das outras pessoas*” (P.3, grupo com cirurgia bariátrica). “ *Por ser em grupo, percebi que havia pessoas piores que eu e também com os mesmos e outros problemas*” (P.1, grupo sem cirurgia bariátrica). Parece-nos óbvio que todo este acumular de experiências vividas e sentidas tenham promovido mudanças ao nível do bem-estar das participantes de forma global, embora pontualmente possam ter dificuldade em perceber se o que teve mais efeito nesta melhoria foi o psicodrama ou a cirurgia, como já relatei, mas parece-nos simples perceber que certamente tudo teve efeito.

No nosso entender, apesar da inexistência de estudos que avaliem a eficácia a longo prazo do psicodrama na obesidade, os resultados encontrados neste trabalho, vão de encontro a outros que evidenciam de uma forma geral o impacto positivo deste modelo terapêutico (Karabilgin et al., 2012; Menichetti, et al. (2015). Estes dados evidenciam a importância e a necessidade da abordagem emocional, para o tratamento e prevenção da problemática das perturbações do comportamento alimentar.

4. Conclusão

Whelton (2004), salienta o estudo das emoções como transversal a todas as modalidades psicoterapêuticas e evidencia que a mudança acontece com base em emoções específicas ativadas durante as sessões psicoterapêuticas, assim como na exploração cognitiva quer da importância quer do significado dessas mesmas emoções. Neste sentido, consideramos que o psicodrama, enquanto modelo terapêutico cujo foco incide sobre a componente emocional e experiencial, permitiu às participantes do estudo um desenvolvimento pessoal, não centrado apenas na necessidade de eliminar o problema que as unia, mas explorar o seu mundo interno, usando a representação como forma de terem uma perspetiva mais positiva, funcional, madura e adaptativa perante a sua vida no global, considerando as várias vertentes. Depois da análise crítica dos resultados parece-nos que o psicodrama a longo prazo continua a ter eficácia na amostra, na medida em que, quantitativamente verifica-se a diminuição do IMC e, qualitativamente as emoções e a capacidade de reflexão sobre as mesmas a ser bastante valorizado na perspetiva das participantes. No entanto parece-nos que o psicodrama teve mais efeito sentido pelas participantes que não fizeram cirurgia, dado que deverá merecer atenção em estudos futuros

Ainda assim o estudo tem limitações pelo que não pode ser generalizado para a população em geral. As principais limitações prendem-se com o facto de ser uma amostra pequena e obtida no estudo base por conveniência. Não ter um grupo de controlo é outra limitação. Não foi possível controlar fatores externos (pessoais, desenvolvimentais, a própria cirurgia), o acompanhamento psicoterapêutico prévio, nem durante o período de follow-up.

Quanto aos instrumentos usados, poderiam ser ajustados de forma a controlar mais fatores. Parece-nos importante num eventual estudo próximo, usar um instrumento que avalie a personalidade. A TAS-20, embora tenha características que nos agradam, é um instrumento difícil, na medida em que é muito sugestivo de emoções e isso poderá de certo modo interferir no restante processo da colheita de dados.

Serão necessários mais estudos e pensar no controlo de outras variáveis, para que seja possível eventualmente obterem-se resultados generalizáveis.

5. Referencias Bibliográficas

- Aigner, M., Treasure, J., Kaye, W., & Kasper, S. (2011). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 12(6), 400-443. doi: 10.3109/15622975.2011.602720
- Alvarenga, M., Antonaccio, C., Timerman, F., & Figueiredo, M. (2016). *Nutrição comportamental*. Editora Manole.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM – 5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 5ª Edição. Lisboa: Climepsi.
- Baer, R. A., Fischer, S., & Huss, D. B. (2005). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 23(4), 281-300. doi: 10.1007/s10942-005-0015-9
- Bagby, R. M., Parker, J., & Taylor, G. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor Structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (1) 23-32. doi: 10.1016/0022-3999(94)90006-x
- Berkman, N.D., Brownley, K.A., Peat, C.M., Lohr, K.N., Cullen, K.E., Morgan, L.C., Bann, C.M., Wallace., I.F., Bulik, C.M. (2015). Management and Outcomes of Binge-Eating Disorder. Comparative Effectiveness Review No. 160. (Prepared by the RTI International–University of North Carolina Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2012-00008-I.) AHRQ Publication No. 15(16)-EHC030-EF.
- Blatner, A. (2007). *Meta-theoretical perspectives on psychodrama*. Psychodrama: Advances in theory and practice, London and New York: Keith Tudor
- Centers for Disease Control and Prevention. Over- weight and obesity; defining overweight and obesity; 2016 www.cdc.gov/obesity/adult/defining/html [updated 16.06.16; accessed 17.06.16].
- Corbalán-Tutau, M. (2012). Validation of a questionnaire on emotional eating for use in cases of obesity; the Emotional Eater Questionnaire (EEQ). *Nutr Hosp.*;27(2):645-651. doi :10.3305/nh.2012.27.2.5659
- Corey, G. (2012). *Theory and Practice of Group Counseling* (Eighth ed.). USA:

- Dallman, M. F. (2010). Stress-induced obesity and the emotional nervous system. Trends in *Endocrinology & Metabolism*, 21, 159–165. doi:10.1016/j.tem.2009.10.004
- Damásio, A., & Carvalho, G. B. (2013). The nature of feelings: evolutionary and neurobiological origins. *Nature Reviews Neuroscience*, 14, 143-152. doi: 10.1038/nrn3403
- de Zwaan, M., Enderle, J., Wagner, S., Mühlhans, B., Ditzgen, B., Gefeller, O., ... & Müller, A. (2011). Anxiety and depression in bariatric surgery patients: a prospective, follow-up study using structured clinical interviews. *Journal of affective disorders*, 133(1), 61-68. Doi: 10.1016/j.jad.2011.03.025
- Dingemans, A. E., & van Furth, E. F. (2012). Binge eating disorder psychopathology in normal weight and obese individuals. *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 135-138. doi: 10.1002/eat.20905
- Dovey, T. M. (2010). *Eating Behaviour*. United Kingdom: McGraw-Hill.
- Durso, L. E., Latner, J. D., & Hayashi, K. (2012). Perceived discrimination is associated with binge eating in a community sample of non-overweight, overweight, and obese adults. *Obesity Facts*, 5, 869–880. doi: 10.1159/000345931
- Egecioglu, E., Skibicka, K. P., Hansson, C., Alvarez-Crespo, M., Friberg, P. A., Jerlhag, E., ... & Dickson, S. L. (2011). Hedonic and incentive signals for body weight control. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 12(3), 141-151.
- Elliott, R., Slatick, E., & Urman, M. (2001). Qualitative change process research on psychotherapy: Alternative strategies. In J. Frommer & D. L. Rennie (Eds.), *Qualitative psychotherapy research: Methods and methodology* (pp. 69-111). Lengerich, Germany: Pbst Science
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE—OM. *The British Journal of Psychiatry*, 180(1), 51-60.
- Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, J., & McGrath, G. (2000). CORE: *Clinical Outcomes in Routine Evaluation*. *Journal of Mental Health*, 9, 247-255. doi:10.1080/jmh.9.3.247.255
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (4th ed.). London: Sage.
- Frank, J. D. (1971). *Therapeutic factors in psychotherapy*. *American Journal Of*

Psychotherapy, 25(3), 350-361.

- Fox, J. (1987). The essential Moreno: writings on psychodrama, group method and spontaneity by J.L. Moreno, MD. *New York: Springer Publishing Company, Inc.*
- Gallagher, M. E., Tasca, G. A., Ritchie, K., Balfour, L., Maxwell, H., & Bissada, H. (2014). Interpersonal learning is associated with improved self-esteem in group psychotherapy for women with binge eating disorder. *Psychotherapy*, 51(1), 66. doi: 10.1037/a0031098
- Gianini, L.M., White, M.A., & Masheb, R.M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating Behaviors*, 14(3), 309–313. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.05.008.
- Gelo, O. G., & Manzo, S. (2015). Quantitative approaches to treatment process, change process, and process-outcome research. In O. G. Gelo, A. Pritz, B. Rieken, O. G. Gelo, A. Pritz, B. Rieken (Eds.) , *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcome* (pp. 247- 277). New York, NY, US: *Springer-Verlag Publishing*. doi:10.1007/978-3-7091-1382- 0_13
- Gross, J. J. (2008). *Emotion Regulation*. In M. Lewis, J. Haviland-Jones & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of Emotions* (Third ed., pp. 497-512). New York: *The Guildford Press*.
- Guerra, M. P., Lima, L. & Torres, S. (2014), *Intervir em Grupos na Saúde: 2a Edição Revista e Aumentada*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hay, P.J. & Claudino, A.M. (2012) Clinical psychopharmacology of eat-ing disorders: A research update. *International Journal of Neuro- Psychopharmacology* 15: 209–222. doi:10.1017/S1461145711000460
- Hilbert A, Bishop ME, Stein RI, et al. Long- term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *Br J Psychiatry*. 2012 Mar;200(3):232-7. doi: 10.1192/bjp.bp.110.089664
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36 (5), 427-440. doi 10.1007/s10608-012-9476-1
- Isabelle, C., Christelle, C., Patrick, R., Tony, L., Martial, V. D. L., & Alain, G. (2011). Acceptance and efficacy of a guided internet self-help treatment program for obese patients with binge eating disorder. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 7(1).Doi: 10.2174/1745017901107010008

- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of mixed methods research*, 1(2), 112-133. doi: 10.1177/1558689806298224
- Jones-Corneille, L. R., Wadden, T. A., Sarwer, D. B., Faulconbridge, L. F., Fabricatore, A. N., Stack, R. M., ... & Williams, N. N. (2012). Axis I psychopathology in bariatric surgery candidates with and without binge eating disorder: results of structured clinical interviews. *Obesity surgery*, 22(3), 389-397. doi:10.1007/s11695-010-0322-9.
- a rata, . (2011). Investigating the effects of Group Practice Performed Using Psychodrama Techniques on Adolescent's Conflict Resolution Skills. *Educational Sciences: Theory & Practice* 11(2), 609-614.
- Karabilgin, Ö. S., Gökengin, . ., o aner, I., ke ngin, I. (2012). The effect of psychodrama on people living with HIV/AIDS. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*. 14 (4), 317-333. doi: 10.1080/13642537.2012.734529
- Kellermann, P. F. (1992). *Focus on psychodrama: The therapeutic aspects of psychodrama*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Kenny, P. J. (2011). Reward mechanisms in obesity: new insights and future directions. *Neuron*, 69(4), 664-679. doi 10.1016/j.neuron.2011.02.016
- Kipper, D. A. (1998). Psychodrama and trauma: implications for future interventions of psychodramatic role-playing modalities. *International Journal of Action Methods: Psychodrama, Skill Training, and Role Playing*, 51, 3, 113-121.
- Kristeller, J., Wolever, R. Q., & Sheets, V. (2014). Mindfulness-based eating awareness training (MB-EAT) for binge eating: A randomized clinical trial. *Mindfulness*, 5(3), 282-297. doi 10.1007/s12671-012-0179-1.
- Iacovino, J. M., Gredysa, D. M., Altman, M., & Wilfley, D. E. (2012). Psychological treatments for binge eating disorder. *Current psychiatry reports*, 14(4), 432-446. doi 10.1007/s11920-012-0277-8
- Leal, I. (2005). *Iniciação às psicoterapias*. Fim de Século: Lisboa.
- Levitsky, D. A. (2005). The non-regulation of food intake in humans: hope for reversing the epidemic of obesity. *Physiology & behavior*, 86(5), 623-632. doi:10.1016/j.physbeh.2005.08.053
- Lin, H.-Y., Huang, C.-K., Tai, C.-M., Lin, H.-Y., Yu-Hsi Kao, Tsai, C.-C., ... Yen, Y.-C. (2013). Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. *BMC*

- Psychiatry, 13(1). doi: 10.1186/1471-244X-13-1
- Macht, M., Simons, . (2011). Emotional eating. In I. Nyklicek, A. Vingerhoets, M. Zeelenberg (Eds.), *Emotion Regulation and Well-Being* (281–295). Springer New York. Retrieved from http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4419-6953-8_17
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. (6ª Edição) ReportNumber, Lda.
- Masson, P. C., von Ranson, K. M., Wallace, L. M., & Safer, D. L. (2013). A randomized wait-list controlled pilot study of dialectical behaviour therapy guided self-help for binge eating disorder. *Behaviour research and therapy*, 51(11), 723-728. doi.org/10.1016/j.brat.2013.08.001
- Menatti, A. R., Weeks, J. W., Levinson, C. A., & McGowan, M. M. (2013). Exploring the relationship between social anxiety and bulimic symptoms: Mediation effects of perfectionism among females. *Cognitive therapy and research*, 37(5), 914-922. doi 10.1007/s10608-013-9521-8
- Menichetti, J., Giusti, L., Fossati, I., & Vegni, E. (2015). Adjustment to cancer: exploring patients' experiences of participating in a psychodramatic group intervention. *European journal of cancer care*. doi: 10.1111/ecc.12412
- Mensink, G. B. M., Schienkiewitz, A., Haftenberger, M., Lampert, T., Ziese, T., & Scheidt-Nave, C. (2013). Übergewicht und adipositas in Deutschland: Ergebnisse der studie zur gesundheit erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56, 786–794. doi 10.1007/s00103-012-1656-3
- Munsch, S., Meyer, A. H., & Biedert, E. (2012). Efficacy and predictors of long-term treatment success for Cognitive-Behavioral Treatment and Behavioral Weight-Loss-Treatment in overweight individuals with binge eating disorder. *Behaviour research and therapy*, 50(12), 775-785. doi.org/10.1016/j.brat.2012.08.009
- Ogden, J. (2011). *The psychology of eating: From healthy to disordered behavior*. (Second ed.). John Wiley & Sons.
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., & Hoagwood, K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(5), 533-544. doi 10.1007/s10488-013-0528-y

- Paul, L., van Rongen, S., van Hoeken, D., Deen, M., Klaassen, R., Biter, L. U., ... & van der Heiden, C. (2015). Does cognitive behavioral therapy strengthen the effect of bariatric surgery for obesity? Design and methods of a randomized and controlled study. *Contemporary clinical trials*, 42, 252-256. doi.org/10.1016/j.cct.2015.04.001
- Pio-Abreu, J. (2006). *O Modelo do psicodrama moreniano*. (3a ed.). Lisboa: Climepsi Editores
- Prazeres, N., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (2000). Adaptação Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (tas-20). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico Y Evaluación Psicológica*, 9(1), 9-21.
- Ramalho, C. M. (2010). *Psicodrama e dinâmica de grupo*. São Paulo, Ed. Iglu.
- Ribeiro, G., & Santos, O. (2013). Recompensa alimentar: mecanismos envolvidos e implicações para a obesidade. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 8(2), 82-88. doi.org/10.1016/j.rpedm.2013.09.001
- Sales, C., Gonçalves, S., Silva, I., Duarte, J. Sousa, D., Fernandes, E.,...Elliot, R. (2007). Portuguese adaptation of qualitative change process instruments. *Paper presented at the European Chapter Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research*, Madeira, Portugal.
- Sales, C. M. D., Moleiro, C., Evans, C., & Alves, P. C. G. (2012). Versão Portuguesa do CORE-OM: Tradução, adaptação e estudo preliminar das suas propriedades psicométricas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39(2), 54-59.
- Santos, O., Sermeus, G., do Carmo, I., Anelli, M., Kupers, P., & Martin, E. (2010). In search of weight loss—a four-country survey on what people were doing for losing weight at the turn of the century. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, 4 (1): 21-31.
- Schachter, S. (1968). *Obesity and eating*. *Science*, 161, 751-756.
- Smith, B. W., Shelley, B. M., Leahigh, L., & Vanleit, B. (2006). A preliminary study of the effects of a modified mindfulness intervention on binge eating. *Complementary Health Practice Review*, 11(3), 133-143. doi: 10.1177/1533210106297217
- Spitzer, R. L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M. D., Stunkard, A., ... & Horne, R. L. (1993). Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 137-153.
- Storch, M., Keller, F., Weber, J., Spindler, A., & Milos, G. (2011). Psychoeducation in Affect Regulation for Patients with Eating Disorders: A Randomized Controlled

- Feasibility Study. *American Journal of Psychotherapy*, 65(1), 81-93.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Rossiter, E. M. (1988). Binge eating increases with increasing adiposity. *International Journal of Eating Disorders*, 7(1), 115-119.
- Van Strien, T., Frijters, J. E., Bergers, G., & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 295-315. doi: 10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T
- Viana, V., & Sinde, S. (2003). Estilo alimentar: Adaptação e validação do questionário holandês do comportamento alimentar. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 8(1-2), 59-71.
- Vieira, F.E.M. (2014). Da ação à emoção: o psicodrama no tratamento da obesidade estudo da eficácia e do processo terapêutico. Tese de Doutorado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Whelton, W. J. (2004). Emotional Processes in Psychotherapy: Evidence Across Therapeutic Modalities. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 58-71. doi: 10.1002/cpp.392
- Wilson, G.T., and Zandberg, L.J. (2012) Cognitive-behavioral guided self- help for eating disorders: Effectiveness and scalability. *Clinical Psychology Review* 32: 343–357. doi:10.1016/j.brat.2011.01.006
- Woolhouse, H., Knowles, A., & Crafti, N. (2012). Adding mindfulness to CBT programs for binge eating: a mixed-methods evaluation. *Eating disorders*, 20(4), 321-339. doi: 10.1080/10640266.2012.691791
- World Health Organization (2015). Obesity and overweight, Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *Theory and practice of group psychotherapy*. (5th ed.). New York :Basic books.
- Yaniv, D. (2011). Revisiting morenian psychodramatic encounter in light of contemporary neuroscience: relationship between empathy and creativity. *The arts in psychotherapy*, 38, 52-58.

Zijlstra, H., van Middendorp, H., Devaere, L., Larsen, J. K., van Ramshorst, B., & Geenen, R. (2012). Emotion processing and regulation in women with morbid obesity who apply for bariatric surgery. *Psychology & Health*, 27(12), 1375-1387. doi: 10.1080/08870446.2011.600761